



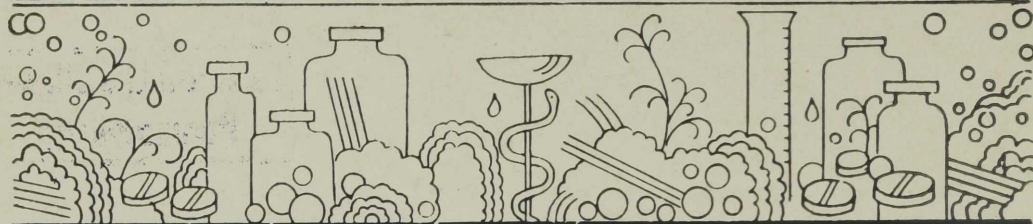
ISSN 0134—2320

NÕUKOGUDE EESTI **TERVIS- HOID**



EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI AJAKIRI

5-1987



MIDANTANUM

Midantaan on kolinolüütilise toimega preparaat, toimib katehoolamiinide ainevahetusesse. Ravim on näidustatud erineva etioloogiaga parkinsonismi korral, eriti aga rigiidsuse ja bradükineesia juhtudel.

Võetakse 100 mg 2...4 korda päevas pärast sööki. Ravikuur kestab 2...4 kuud.

Originaalpakendis on 100 tabletti à 0,1 g toimeainet.

AETHAMIDUM

Etamiid kutsub esile kusihappe reabsorptsiooni pidurdumise neerukanalites, soodustades selle eritumist uriiniga.

Ravimit kasutatakse podagra ja kõikide selliste haiguste korral, mille puhul organismis ilmneb kusihappe kuhjumine.

Võetakse 2 tabletti 4 korda päevas 10...12 päeva.

Pakendis on 50 tabletti à 0,35 g toimeainet.

SISU

TEORIA JA PRAKTIKA

- J. Eha** — Kümme aastat perkutaanse transluminaalse koronaarangioplastika kasutuselevõttust südame isheemiatõve ravis 323
- A. Tšingisser** — Noorukite dispanseerimise probleeme 327
- S. Rätsep, A. Lipping, E. Tauts** — Kartsinembrüonaalne antigeen rinnavähi puhul 330
- A. Umbleja, J. Kann** — N-nitrosoühendite tekke uurimine maomudelil 333
- E. Karu** — Veel kord glükoosi mõjust alkoholi oksüdeerumisele. Seisukohavõtt ajakirjas «Blutalkohol» 1987, 24, 1, 23–36 ilmunud V. Schmidt, M. Oehmicheni ja I. Pedali artikli kohta 336
- H. Kristovald** — Kõülikute vere sulfasiinisalduse määramine põletushaavade lokaalses ravis (kodumaise 1%-lise hõbesulfasiinsalviga) 337

ÜLEVAATED

- H.-I. Maaros** — *Campylobacter pyloridis* mao- ja kaksteistsõrmikuhaavandi ning kroonilise gastriidi korral 339
- L. Boston** — Duodenogastraalrefluksi lastel mao- ja kaksteistsõrmikuhaiguste korral 342
- L. Päi** — Jersinioosne artriit 345
- K. Saks** — Müokardi kontraktiilne funktsioon ja selle reservvõimalused tervetel ning südame isheemiatõve all kannatajail 349
- M. Uusküla** — Südamelihase kapillaritatsiooni stimuleerimine ja armistumise mõjutamine müokardiinfarkti korral 352

KOGEMUSTE VAHETAMINE JA KASUISTIKA

- A. Kass, T. Kanarik, A. Talihärm** — Pidev epilepturaalne valutustamine rindkere-traumade korral 356
- K. Levina** — Luminesentsmikroskoopia tuberkuloosi mükobakterite kindlakstege-misel 358

ABIKS VELSKRITELE JA ÕDEDELE

- N. Loogna, T. Tatar, L. Rodman** — Sünteetiliste pesemisvahendite kõrvaltoime 359
- L. Annus** — Eesti Meditsiiniõdede Seltsi juhatuse koosolek 361
- E. Saar** — XXXIII Eesti Sanitaartöötajate Seltsi konverents 362

ARSTITEADUSE AJALOOST

- L. Kirsch, B. Luik** — 100 aastat professor Nikolai Veiderpassi sünnist 362

KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED

- T. Hinrikus** — Teaduskonverents «Ravi-

mite tehnoloogia ja analüüsi aktuaalseid probleeme» 365

- N. Elstein** — Ülevabariigiline terapeudide nõupidamine 366
- A. Liiv** — Üleliiduline narkomaania- ja toksikomaaniaalane nõupidamine 366
- E. Hint, A. Viirmaa** — Üleliiduline konverents pahaloomuliste kasvujate epidemioloogia, profülaktika ja varajase diagnoosimise alal 367
- E. Elberg, H. Vahter** — Sotsialismimaade teadlaste psoriaasisümposium 368
- H. Everaus** — II rahvusvaheline AIDS-i konverents 368

ARSTIDE SELTSIDES

- H.-I. Maaros** — Eesti Gastroenteroloogide Selts aastail 1986...1987 369

KAADRI ETTEVALMISTAMINE

- Teaduslikke kutseid 371
- L. Priimägi** — Uusi meditsiinkandidaate 371
- TRÜ arstiteaduskonna 1987. aasta lõpetajad 372
- Tallinna Meditsiiniikooli 1987. aasta lõpetajad 372
- Tartu Meditsiiniikooli 1987. aasta lõpetajad 373
- Kohtla-Järve Meditsiiniikooli 1987. aasta lõpetajad 374

KRIITIKA JA BIBLIOGRAAFIA

- R. Raie, S. Umanski** — Mädase luuinfektsiooni ravi Seppo meetodil 374

INTERVJU

- Eesti arstid VII rahvusvahelisel meedikute rahukongressil 376
- Kas tervishoiusüsteem hakkab paremini funktsioneerima? 377

MEIE JUUBILARE 379

- Benno Äniline, Andrei Sarap, Raivo Toots, Manfred Silland, Gotlieb Tulmin, David Fuks, Niina Tšentropova, Reeta Kimask, Helgi Vakkur, Edvitar Leibur

MITMESUGUST

- H. Talvoja** — Mõnda meedikute lugemisvõimalustest, -huvidest ja -soovidest 382

IN MEMORIAM 385

- Helene Lepp, Astrid Lõhmus, Aleksandra Lumeste, Kaljula Aru, Malle Kiens, Jüri Linkberg

UUSI RAVIMEID

- A. Jürison** — Sulfaleen-meglümiin 388

KROONIKA 389

- Artiklite venekeelsed resümeed 395
- Artiklite ingliskeelsed resümeed 398

«Nõukogude Eesti Tervishoid»

ilmub 6 korda aastas. Tellimishind aastaks 3 rbl., poolaastaks 1 rbl. 50 kop. Tellimusi võtavad vastu «Ajakirjanduslevi» osakonnad ja kõik sidekontorid. Tellimusi välismaale saab vormistada aadressil

Москва Г. 200, «Международная книга».

Toimetuskolleegium

L. Allikmets, P. Bogovski, N. Elšteine, K. Gross, A.-E. Kaasik, M. Kivilo, V. Laos (peatoimetaja asetäitja), J. Saarma, U. Sibul, R. Silla, R. Zupping, O. Tamm (peatoimetaja), E. Tomberg.

Toimetusrõukogu

A. Aadamsoo (Tartu), A. Haavel (Kingissepa), V. Ilmoja (Tallinn), T. Ilves (Hiiumaa), M. Johanson (Tartu rajoon), A. Juhasoo (Põlva), T. Kadastik (Rapla), R. Kariis (Viljandi), A. Klink (Võru), H. Raaga (Harju rajoon), P. Rahu (Valga), T. Randlane (Rakvere), V. Randrüüt (Paide), L. Rebane (Pärnu), A. Rodin (Kohtla-Järve), M. Silland (Narva), M. Tarum (Jõgeva), T. Vilosius (Haapsalu).

Korrektor H. Brus. Tehniline toimetaja L. Art. Toimetuse aadress: Tallinn 200 090, pk. 19, Kallaku 3. Tel. 44 43 70. Kirjastus «Perioodika», Tallinn, Pärnu mnt. 8, tel. 44 24 84. Ladumisele antud 18. 08. 1987. Trükkimisele antud 23. 09. 1987. Trükiarv 6000. Ofsetpaber nr. 1. 70×100/16. Trükipoognaid 5,0. Tingtrükipoognaid 6,5. Arvestuspognaid 8,89. Tell. nr. 3295. MB-05794. ЕКР Keskkomitee Kirjastuse trükikoda. Tallinn, Pärnu mnt. 67-a.

Журнал «Ныукогуде Ээсти Тервисхойд» (Здравоохранение Советской Эстонии). Выходит 6 раз в год. На эстонском языке. Резюме на русском и английском языках. Орган Министерства здравоохранения Эстонской ССР. Издательство «Периодика», Таллин. Тираж 6000. Печ. лист. 5,0. Усл.-печ. лист. 6,5. Уч.-изд. лист. 8,89. Заказ № 3295. MB-05794. Типография Издательства ЦК КП Эстонии. Таллин, Пярну маантеэ, 67-а.

© Kirjastus «Perioodika».
«Nõukogude Eesti Tervishoid», 1987

Käskkirjad esitatakse toimetusele kahes eksemplaril masinakirjas, ridade vahe kaks intervalli. Töö olgu aktuaalne ja tänapäeva teaduse tasemel. Artikkel koosnegu pealkirjastatud osadest: sissejuhatus ja töö eesmärk, uurimismaterjal ja -meetodid, tulemused, arutelu, kokkuvõte ja järeldused. Käskkiri peab olema keelelt korrektned, terminid, valemid, mõõtühikud, tsitaadid, nimed, initsiaalid kontrollitud, ka 3...7 võtmesõna lisatud. Uudse termini või mõiste kasutuselevõtmisel töös esitatagu see võimalikult mitmes keeles (ladina, vene, inglise, saksa). Artiklid esitagu kokkusurutult mitte üle nelja ja ülevaated mitte üle kümne lehekülje, kirjandus seahulgas kuni 10 ja 30 nimetust. — Asutuse tõend, kas töö on plaaniline või mitte või dissertatsiooni fragment, esitatakse koos käskkirjaga. Teadusliku töö käskkirja viseerib teaduslik juhendaja. — Andmed kõikide autorite kohta (perekonna-, ees- ja ananimi, asutuse nimetus, kodune aadress, töökoha ja kodune telefon, sünniaasta, perekonnanais, laste arv) lisatakse käskkirja lõppu koos kõikide autorite allkirjadega. Kõrgkoolide ja uurimisinstituutide töötajad märkigu ka kateedri või osakonna nimetus. — Resümeed esitagu vene keeles (15...20 rida masinakirjas) ja inglise keeles (8...12 rida) või lisatagu tõlkimiseks sobiv eesti-keelne kokkuvõte. — Kirjandus. Bibliograafias paigutatakse üldreeglina ette ladina tähestikuga ja nende järele venekeelsed kirjandusallikad. Mõlemas rühmas järjestatakse autorid tähestikuliselt. Raamatutel märgitakse autori perekonnanimi, initsiaalid, pealkiri, väljaandmise koht ja ilmumisaasta. Ajakirjade puhul tuuakse kõikide autorite perekonnanimed ja initsiaalid, artikli pealkiri, ajakirja täielik nimetus, ilmumisaasta, köide, anne või number, artikli lehekülgede algus- ja lõpunumbrid. — Fotod ja joonised koos allkirjadega paigutatakse käskkirja lõppu. On soovitatav foto, eriti mikrofoto tagaküljele märkida ülemine serv.

Lubamatu on toimetusele saata töid, mis on teistes väljaannetes või monograafia osana juba trükitud.

Toimetuse ei tagasta fotosid ja jooniseid ning avaldamisele tulevate artiklite käskkirju.

Honorari makstakse Tallinna autoritele 11., 12. ja 26. ning 27. kuupäeval kirjastuse «Perioodika» kassas Pärnu mnt. 8. Väljaspool Tallinna elavatele autoritele saadetakse honorar koju posti teel.

Teooria ja praktika

UDK 616.12-005.4-089

Kümme aastat perkutaanse transluminaalse koronaarangioplastika kasutuselevõttust südame isheemiatõve ravis

Jaan Eha · Tallinn

südame isheemiatõbi, koronaarangioplastika

1964. aastal võtsid veresoone valendikusisese bužeerimise kasutusele Ch. Dotter ja M. Judkins (1). Nad nimetasid ravivõtet transluminaalseks rekanali-seerimiseks ning kasutasid seda alajäse-me arterite stenooside kõrvaldamiseks. Et arterite bužeerimisega kaasnesid sageli hemorraagilised ning trombootilised tüsistused, siis meetod laialdast rakendamist ei leidnud.

Valendikusisene ravi hakkas jõudsalt arenema pärast seda, kui W. Porstmann 1973. aastal Saksa DV-s ja A. Grüntzig 1974. aastal Šveitsis konstrueerisid venimatute balloonidega sondid. Uut tüüpi sondide kasutuselevõtt võimaldas laiendada veresoonesisese ravi näidustusi ja vähendada tüsistuste tekkimise ohtu. Niude-, reie- ja neeruarterite laiendamisel saadud kogemused ning väiksemate balloonidega sondide konstrueerimine võimaldasid välja töötada pärgarterite balloondilatatsiooni meetodi. Eksperimendid ja aortokoronaarse šunteerimise operatsiooni ajal tehtud proovidilateerimised näitasid, et ahenenud pärgartereid on võimalik laiendada.

Esimest korda laiendas ahenenud pärgarterit angiograafiakabinetis reiearteri kaudu sisseviidud sonde kasutades A. Grüntzig 16. septembril 1977. aastal Zürichi Ülikooli kliinikus (3).

Meetodi autori tahtel pärgarterite stenooside dilateerimine südame isheemiatõve ravimisel esialgu laialdaselt ei levinud. Ainult kuues kliinikus täiustati uudse meetodi tehnikat, täpsustati näidustusi ja vastunäidustusi. Töötati välja tööinstrumendid ja korraldati spetsiaalseid väljaõppekursusi.

Alles 1980-ndaid aastaid võib pidada perkutaanse transluminaalse koronaarangioplastika (A. Grüntzigi termin) laiema kasutuselevõtu alguseks. Meie maal kasutas perkutaanset transluminaalset koronaarangioplastikat (PTKA) esimesena prof. J. Rabkin NSV Liidu Meditsiiniakadeemia Üleliidulises Kirurgiakeskuses 1982. aasta veebruaris (11). Tallinna Kiirabihaiglas tegime esimese PTKA 1982. aasta detsembris.

PTKA-meetodi väljatöötaja A. Grüntzig asus maailma ühe juhtivkardioloogi W. Hursti kutsel 1980. aastal tööle USA-sse Emory Ülikooli. Lühikese ajaga loodi parim PTKA-keskus maailmas. Kahjuks hukkus A. Grüntzig 46 aasta vanuses lennuõnnetuse tagajärjel 1985. aastal.

A. Grüntzigilt 1984. aastal Atlantasi Emory Ülikooli kliinikus saadud kogemused ja õpetused on käesoleva kirjutise autorile olnud põhialuseks, tänu millele PTKA kasutamise tulemused Eestis on saavutanud rahvusvahelise taseme.

Kirjeldatava raviprotseduuri rakendamise eeldab väga head erivarustust. Operatsioonitoas kasutatav röntgeni-aparaat peab olema varustatud suure lahutusvõimega elektronoptilise võimendi ning heakvaliteedilise videomagnetofoniga. Aparaat peab võimaldama läbivalgustust ja ülesvõtteid teha nii rutiinsetes kui ka kraniaal- ja kaudaalkallutusega projektsioonides. See kõik on vajalik balloonsondi viimiseks soovitavasse pärgarteriharusse ning stenoosi läbimiseks.

Koronaararterite laiendamiseks kasutatakse koaksiaalset kateetrite süsteemi: juhtekateeter, mille ülesanne on balloonsondi viimine soovitava pargarteri suudmesse, ning läbi selle sisestatav dilatatsioon- ehk balloonkateeter, mida kasutatakse ahenenud arteriosa laiendamiseks. Dilatatsioonikateeter on 1,3... 1,5 mm-se läbimõõduga 130... 140 cm pikkune kahe valendikuga teflon-toru, mille otsas on venimatust materjalist balloon. Pargarterite laiendamiseks kasutatakse 2,0... 4,2 mm läbimõõduga balloone.

Üks dilatatsioonikateetri valendik on ballooni täitmiseks ja tühjendamiseks, teine vererõhu mõõtmiseks, kontrastaine süstimiseks ning uut tüüpi kateetritel ka juhtetraadiga manipuleerimiseks. Venimatu balloon valitakse laiendatava veresoone läbimõõdule vastav, seetõttu ei saa ka balloonis tekitatav kõrge rõhk (7... 15 atm) veresoont ülemääraselt venitades kahjustada.

Algul arvati, et veresoone valendik laieneb ateromatoossete ahendite kompressiooni tõttu. Hilisemad uurimused on aga näidanud, et balloon põhjustab ahenemispirkonnas aterosklerootiliste naastude rebenemist. Rebendid ulatuvad tavaliselt sisemise elastse membraanini, välimised arteriseina kihid (keskesta välimine kiht ning väliskest) venitatakse välja ning veresoone valendik laieneb tunduvalt (4). Oluline on see, et protseduuri ajal normaalne veresoone sein ei kahjustu. Rebendite paranemise käigus kattub see piirkond endoteeliga.

PTKA edukus sõltub haigete valikust. Algul olid valikukriteeriumid väga ranged. Laiendamist vajavaid ahendeid võis olla ainult üks ja see pidi paiknema pargarteri proksimaalses, olema kontsentriline, lubjastumata, lühike ja subtotaalne. PTKA oli algul näidustatud üksnes stabiilse stenokardiaga haigetel, kellel oli hästi säilinud vasaku südamevatsakese funktsioon, haiguse kestus ei tohtinud seejuures ületada ühte aastat. Selle perioodi klassikalistest näidustustest on tänaseni arvestatavad kaks. Patsiendil peab olema kindlaks

tehtud müokardi isheemia, mille sümptoomid segavad normaalset elu, ning haigel ei tohi olla vastunäidustusi aortokoronaarse šunteerimise operatsiooniks.

Esimestes uurimustes väideti, et 5... 10% aortokoronaarset šunteerimist vajavatest ja selleks sobivatest haigetest on PTKA-meetodil ravitavad. Praegu on see protsent paljude spetsialistide arvates 20... 40 (8). T. Ischingeri arvates on PTKA ravimeetodina rakendatav 25... 30%-l stenokardiahaigest.

Viimastel aastatel on PTKA-d kasutatud ebastabiilse stenokardiaga ning ägeda müokardiinfarktiga haigete raviks, sõltumata haiguse kestusest. Mitme pargarteri kahjustusi ja pargarteri sulgust, lubjastunud, ekstsentrilisi ja distaalseid pargarterite ahendeid on samuti võimalik edukalt balloonsondidega laiendada (1). Ka võimaldab PTKA 1/3-l juhtudest vältida korduvat aortokoronaarset šunteerimist šuntide stenooside või oklusioonide korral (6).

Viimastel aastatel on PTKA olnud harva vastunäidustatud ning needki vastunäidustused on enamasti suhtelised. Põhiline vastunäidustus on selline koronaararterite kahjustus, mille puhul balloondilatatsioon ei ole võimalik või on selle edukus väike. Ka sellised pargarterite kahjustused nagu näiteks haavandunud naast, sisekesta dissektsioon, stenoos veresoonte hargnemiskohas, mille korral balloondilatatsiooni ajal võib tekkida veresoone oklusioon, on suhteliseks vastunäidustuseks. Nende pargarterite dilateerimist, mis varustavad müokardi kriitilist osa, peetakse osaliselt vastunäidustatuks (4). Need on vasaku pargarteri põhitüvi ja viimane müokardi verevoolu tagav pargarter.

Kahtlemata sõltuvad näidustused ja vastunäidustused PTKA-d tegeva keskuse kogemustest ning tehnilistest võimalustest.

Koronaarangioplastika edukust hinnatakse vahetult balloondilatatsiooni ajal angiograafiliselt veresoonte valendiku laienemise (tavaliselt 70... 80%-lt ahenemine väheneb 20... 30%-ni)

ning stenoosi korral esineva keskmise arteriaalse rõhu gradiendi vähenemise (tavaliselt 40...70 mmHg-lt 10...20 mmHg-ni) alusel.

Need muutused on müokardini jõudva verevoolu suurenemise aluseks. Pärast edukat PTKA-d stenokardia kaob või muutub see vähemintensiivseks, EKG-s on näha positiivseid nihkeid, kehalise koormuse talutavus suureneb, südame kontraktsioonihäired kaovad kas osaliselt või täielikult, samuti ei esine enam südame rütmihäireid (4).

Kui esimeste balloonkateetrite kasutamise korral oli PTKA edukas ainult 50...80 %-l juhtudest (Tallinna Kiirabihaiglas 69 %-l), siis nüüd, uusi juhitavaid balloonsone kasutades, on protseduur edukas 75...98 %-l juhtudest; meie keskuses 93 %-l (4, 8).

PTKA on invasiivne raviprotseduur ja seega on tüsistuste tekkimise oht. Tüsistuste sagedus sõltub kahtlemata PTKA-d tegeva personali kogemustest, haigete valikukriteeriumidest ning instrumentide kvaliteedist. Põhiline oht on protseduuri ajal tekkida võiv laiendatava pärgarteri oklusioon, mille on põhjustanud veresoone sisekesta või lubinaastu rebend ja seejärel tekkinud tromboos. Seepärast on PTKA tegemise ajal koronaarkirurgide brigaad alati valmis, et vajaduse korral kohe ette võtta okluseerunud arteri šunteerimise operatsioon (8).

Kirjanduse andmetel võib sulgus tekkida 1...9 %-l haigetest (4). Tallinna Kiirabihaiglas tehtud 202 PTKA-st on laiendatava arteri sulgus tekkinud viiel patsiendil (2,5 %). Neist neljal oli vajalik aortokoronaarse šunteerimise operatsioon. Ülejäänud tüsistused on suhteliselt harva esinevad. Tüsistus võib tekkida sondide sisseviimise kohas, võib esineda südame rütmihäireid ning pärgarteri kõrvalharude või distaalosade sulgust.

Mitmete uurimuste andmeil oli 1980-ndate aastate algul PTKA-st tingitud surmajuhtude sagedus USA-s 1,1 %, praegu aga alla 0,5 %. Täiustamist vajab restenooside profülaktika. Kirjanduse andmetel tekib restenoos laiendatud

pärgarterites esimese 4...6 kuu jooksul 13...40 %-l ravituist, hiljem suhteliselt harvem (2, 4, 8). Tallinna Kiirabihaiglas on restenooside tekke sagedus olnud 21 %. See näitaja ühtib enamiku PTKA-d kasutavate keskuste andmetega. Stenoosi taastekkimise profülaktikas kasutatud raviskeemidest on aspiiriini manustamine koos kurantüüliga osutunud tõhusamaks kaudse toimega anti-koagulantide kasutamisest (10).

Et PTKA rakendamise ajal tekivad veresoone sisekesta rebendid ning venitatakse ka veresoone väliskesta, siis on ka mõisteta, et PTKA-le peab eelnema ning järgnema ravi tromboosi ja spasmi ärahoidmiseks. Vähemalt kaks päeva enne protseduuri määratakse haigetele antiagregante (aspiiriini, kurantüüli) ning kaltsiumi antagonistide (korinfaari), samuti pikendatud toimeajaga nitriteid (sustakki, nitrongi, nitrosorbiidi). Antiagregante peavad patsiendid võtma ka kuus kuud pärast PTKA-d. Nitriteid ja kaltsiumi antagonistide tarvitatagu kindlasti kaks kuud, edasi aga vastavalt vajadusele. Selline ravi on kasutusele võetud, arvestades laiendatud veresoone piirkonnas oleva vigastatud koe paranemise kiirust (8).

Stenoosi taastekke korral tuleb arvesse kolm raviviisi: korduv PTKA, aortokoronaarne šunteerimine ning medikamentoosne ravi. Korduvat angioplastikat peetakse esmakordse stenoosi taastekke korral valikmeetodiks (7). Selle edukus on 100 % lähedal ning tüsistusi tekib väga harva. Oleme teinud korduva PTKA 19 haigel ning neist 18-l on see olnud edukas. Mitu korda on otstarbekas pärgarterit laiendada? A. Grüntzigi andmetel oli 1984. aastaks ühel haigel üht ja sama stenoosi laiendatud viiel korral. Iga korduva PTKA järel tekib stenoos uuesti 20...30 %-l patsientidest. Arvatakse, et kordusdiilatatsioon on otstarbekas üksnes siis, kui iga järgneva angioplastika järel restenoosi tekkimise ja stenokardia taastumise aeg pikenevad (7).

Stenokardia sümptomide taastekke põhjuseks pärast edukat PTKA-d on alati restenoosi teke. Varajane restenoos

on enamasti tingitud kiiresti arenevast veresoone sisekesta hüperplaasiast endises stenoosikohas, mitte aga kiirest ateroskleroosi arengust pärgarteri laiendatud piirkonnas, nagu varem on arvatud.

Kui restenoosi ei ole kahe kuni kuue kuu jooksul pärast PTKA-d tekkinud, siis ta tavaliselt enam ei teki. Hiljem tekivad restenoosid aeglaselt ning on tingitud ateroskleroosi arengust organismis.

A. Grüntzigi andmetel oli esimese, 1977. aastal dilateeritud pärgarteri valendik kontrollkoronarograafial, mis tehti 1984. aasta kevadel, sarnane dilatatsioonijärgsega, s.t. PTKA mõju oli püsinud ligikaudu kuus ja pool aastat. See on artikli autorile seni teadaolevatest kõige pikem angiograafiliselt dokumenteeritud PTKA efekti püsimine.

PTKA eelised, võrreldes aortokoronaarse šunteerimisega, on haige oluliselt väiksem psüühiline ja kehaline traumaerimine, kiire raviefekt, töövõime kiire taastumine, lühike haiglaravi aeg, odavus (5, 9). Meetodi puudusteks on, et see ei ole rakendatav kõigil stenokardiahaigetel, samuti varajase restenoosi teke 20...30 %-l haigetest.

Nii koronaarangioplastika kui ka aortokoronaarse šunteerimise järel minnakse USA-s tööle võrdse sagedusega (vastavalt 81 % ja 87 %), peaaegu võrdne on ka endisele või senisest raskemale tööle asunute protsent (43 % ja 49 %). Pärast PTKA-d lähevad patsiendid tööle paari nädala jooksul, pärast aortokoronaarse šunteerimise operatsiooni aga alles kahe kuni kuue kuu möödumisel.

Saksamaa LV-s tehtud uurimused on näidanud, et esimestel aastatel pärast PTKA-d on südame isheemiatõbe põdejad oma südamehaiguse tõttu tööst harvemini vabastatud kui traditsioonilist medikamentoosset ravi saavad sama haigust põdejad (4).

Võimatu on täpselt öelda, kui paljusid haigeid on kümne aasta jooksul PTKA-meetodil ravitud. D. Gangahari andmetel oli 1985. aastaks USA-s tehtud ligikaudu 85000 koronaarangioplastikat (2). Seega on alust arvata, et kogu maailmas

on seda meetodit rakendatud üle 100000 haige ravimisel.

PTKA on üks väheseid tänapäeval kasutatavaid ravimeetodeid, mis võimaldab isheemilise müokardi veretarustust märgatavalt suurendada. Nii nagu teisedki südame isheemiatõve ravi võtted, on ka PTKA siiski palliatiivne. See taastab küll verevoolu, ent ei peata ateroskleroosi arengut organismis.

Eespool öeldut kokku võttes tuleb rõhutada, et kümne aasta jooksul on PTKA-st saanud efektiivne südame isheemiatõve ravi meetod, mis on kasutusel enamikus kardioloogia- ja kardiokirurgiakeskustes.

KIRJANDUS: 1. Dotter, Ch. T., Judkins, M. P. *Circulation*, 1964, 30, 11, 654—670. — 2. Gangahar, D. M. *Nebr. Med. J.*, 1986, 71, 3, 54—55. — 3. Gruentzig, A. R. *Lancet*, 1978, 1, 263. — 4. Ischinger, T. *Practice of Coronary Angioplasty*. Berlin—Heidelberg—New York—Tokyo, 1986. — 5. Jang G. C., Block, P. C., Cowley, M. J. *Circulation*, 1982, 66 (suppl. II), 124. — 6. Jones, E. L., Douglas, J. S., Gruentzig, A. R. *a.o. Ann. Thorac. Surg.*, 1983, 36, 4, 389—395. — 7. Meier, B., King, S. B., Gruentzig, A. R. *a.o. J. Am. Coll. Cardiol.* 1984, 4, 3, 463—466. — 8. Przybojewski, J. Z., Weich, H. F. H. *South Afr. Med. J.*, 1984, January, spec. issue, 1—22. — 9. Reeder, G. S., Krishan, J., Nobrega, F. T. *a.o. New Engl. J. Med.*, 1984, 311, 18, 1157—1162. — 10. Thronton, M. A., Gruentzig, A. R., Hollman, J. *a.o. Circulation*, 1984, 69, 4, 721—727.

11. Рабкин И. X., Матевосов А. Л., Готман Л. Н. Рентгеноэндоваскулярная хирургия. М., 1987.

TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia
Instituut

UDK 616-053.7-084

Noorukite dispanseerimise probleeme

Aleksei Tsingisser · Tallinn

noorukid, dispanseerimine, puberteediiga, haigestumus, struktuur, dünaamika

Tervishoiu arengu praegusel etapil viiakse ellu nõukogude tervishoiu leninlikku printsiipi — tervishoiu profülaktist suunda. Kuigi kogu rahvastiku dispanseerimine on veel ees, on noorukeid Nõukogude Liidus dispanseeritud juba 1920-ndate aastate lõpust alates. Selle on tinginud noorukiea eripära. Teatavasti on enamik kroonilisi somaatilisi haigusi saanud alguse puberteedia algul (12...16 aasta vanuses). Hilisemad etioloogilised tegurid, mis põhjustavad nimetatud haigusi täiskasvanuil, on sageli vaid haigust vallandavaiks.

Noorukite arstiabis on mitmeid eripärasusi ning sellest sugenevaid probleeme. Kõigepealt kontingendi ebaõige vanusepiir. Nõukogude Liidus kehtestatu põhjal algab noorukiiga 15. eluaastast, millal seadusega on lubatud noorukeid tööle vormistada, ning lõpeb 18. eluaastal, kui lõpevad noorukite tööalased soodustused. Niisugusel piiritusel ei ole mingit meditsiinilis-bioloogilist tähendust. Selline vanusepiir muudab uuritava kontingendi väiksemaks, samal ajal uurimisperiood, mis kestab 2,8...2,9 aastat, ei võimalda noorukeid nõuetekohaselt dispanseerida ning haiguslike muutuste ravi tekitab suuri raskusi. Teatavasti saavad põhilised noorukiea haigused alguse juba 12...13 aasta vanuses, dispanseerimist profülaktika eesmärgil aga alustatakse 15. eluaastast, seega hilinenult. Sellele tõsiasjale on tähelepanu juhtinud ka mitmed teised autorid (5, 7, 9, 12).

Noorukiiga on hüpotalamo-hüpofüsaargonaadse süsteemi küpsemise periood, milles etendavad tähtsat osa suguhormoonid, see on ka organismi kasvu- ja arenguperiood, mis algab 12...

...13. eluaastal ja kestab 19...21. eluaastani. Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni ekspertide nõukogu on määranud noorukiea alguseks 10. ning selle lõpuks 20. eluaasta (2, 8). Organismi süsteemide arengule, sealhulgas ka biokeemilisele süsteemile, on sel perioodil iseloomulik mitmekesisus, labiilsus ning tasakaalutus (3). Noorukieas eristatakse puberteedi kahte perioodi: 12. eluaastast kuni 16. eluaastani vältavat nn. puberteedisurti ning 17. eluaastast kuni 21. eluaastani vältavat kompensatsiooniperioodi. Puberteedi lõpuperiood ei ole eriline mitte ainult organismi väga kiire kasvu ja arengu poolest, vaid ka füsioloogilist ning psühhosotsiaalset laadi ülekoormuse poolest.

Organismi arengu disharmonia viib elundite ja elundite süsteemide suhtelisele puudulikkusele ning keskkonna ebasoodsate faktorite kaasnemise korral adaptatsiooni võimalused vähenevad, mis aga omakorda põhjustab haigestumuse suurenemist. Tuleb silmas pidada, et noorukiea haigustel on kliinilise pildi, kulu ja prognoosi eripärasusi (6, 10). Mitmed haigused, nagu noorte hüpotalaamiline sündroom, juveniilne hüpertoonia, adrenogenitaalne sündroom, puberteedia rasvumine, juveniilne struuma, noorukiea neuroosid ja vegetoneuroosid, juveniilne müopia, aneemia või mõned muud, on omased noorukieale. Selles eas ei ole mitmete haiguste korral veel sündroom välja kujunenud, ilmnevad vaid üksikud sümptoomid, mida kahjuks pediaatrid ja terapeutid diagnoosimisel sageli ei arvesta.

Meditsiiniringkondades, kes noorukite arstiabiga otseselt ei tegele, on millegipärast tekkinud mulje selle kontingendi suhteliselt vähesest haigestumisest. Tegelikult aga on noorukite patoloogiliste muutuste esinemissagedus suur, mida on nentitud ka paljud teised autorid (1a, 4, 5, 9, 10, 11). Nii on I. Matovski andmeil 1000 täiskasvanu kohta 927,3; 1000 nooruki kohta aga 1160 haigusjuhtu, kusjuures 17...20-aastaste vanuserühmas (kompensatsiooniperiood) on 610 haigusjuhtu 1000 nooruki

kohta (4). V. Nedelko uurimuse põhjal vaid 48,5% kooliõpilastest olid terved, 30,5%-l esinesid kroonilised haigused ning 21%-l oli mitmesuguseid funktsionaalseid häireid (5).

Tallinna Noorukite Polikliiniku uurimisandmed on eespool tooduga ligilähedased. Peaaegu 35,6%-l noorukeist olid haiguslikud muutused alguse saanud lapseas. Kaheksandate klasside õpilaste esmasel dispanseersel läbivaatusel väljaselgitatud patoloogiliste muutuste (stomatoloogilised ja psühhiaatrilised haigused välja arvatud) esinemissagedus on suurenenud 47,6%-lt 1976. aastal 51,2%-le 1985. aastal. Tallinna Noorukite Polikliiniku viimase 10 aasta andmed kaheksandate klasside õpilaste ülddispanseersel läbivaatusel avastatud haiguste struktuuri, dünaamika ja esinemissageduse kohta on toodud tabelis.

Ilmneb, et noorukite haiguslikud muutused näitavad suurenemistendentsi nii tervikuna kui ka eri haiguste osas. Eelkõige ilmneb see nägemiselundi haiguste korral (põhiliselt refraktsioonianomaaliad), mis moodustab 50,1... 50,6% kõigist noorukite haigustest. Juveniilne müopia on esiteks põhjustatud silmamuna keskmise-tagumise suuna pikenemise mahajäämusest akt-seleratsioonis ning teiseks fosfori- ja kaltsiumiainevahetuse häiretest, mis sageli esineb noorukitel, ja mis akommodatsioonivõime nõrgenemisel ja lühinägevuse tekkimisel on määrav. Peamiseks põhjuseks aga võib olla ka suur nägemiskoormus ning nägemishügieeni nõuete eiramine. Tuleb nentida ka seda, et viimase 10 aasta jooksul oli Tallinna noorukite hulgas silma refraktsioonihäirete esinemissagedus suurenenud 7,3%.

Puberteedia algul suureneb märgatavalt sümpatoadrenaalüsteemi aktiivsus, mis määrab vegetatiivse närvisüsteemi desintegratsiooni (6). Neuroendokriinsüsteemi ümberkõlastumine puberteedia lõpul kutsub esile võimsa vegetatiivse mõju südame ja veresoonte neuromüogeensele aparaadile, põhjustades vererõhu pressoorsete ja depres-

soorsete mehhanismide regulatsiooni häirumist. Sellega kaasnevad juveniilse hüpertoonia esinemissageduse suurenemine (meil 1,3%...2%), neurotsirkulatoorse düstoonia (4,8%...6,4%), müokardi ainevahetuse häire ja selle funktsionaalse nõrkuse esinemissageduse suurenemine.

Järjest suurenev sensibiliseerumine tabab kõige enam noorukeid, sest just selles eas esinevad neerupeatiste glükokortikaalse funktsiooni suhteline puudulikkus ning organismi muude kaitsesüsteemide nõrkus. Paljude autorite arvates on see olnud põhjuseks, miks viimase 30 aasta jooksul on bronhiaalastma ja astmaatilise bronhiidi esinemissagedus noorukite seas 2...3 korda suurenenud. Suurenenud on ka haigestumine ägedatesse respiratoorsesse haigustesse, samuti on rohkesti kroonilise tonsilliidi juhte.

Muret teevad endokriinsed haigused, eriti aga eri raskusastmes rasvumine. Viimase nelja aasta jooksul on niisuguste juhtude arv suurenenud 3,7%-lt 5,1%-le. Eitamata selles puberteedi pituitarismi osatähtsust, on rasvumise peapõhjuseks sageli ikkagi toitumine, s. t. ei osata õigesti toituda.

Terapeutilistest haigustest on tabelis eraldi välja toodud neeruhaigused. Kroonilise püelonefriidi ja glomerulonefriidi eri vormide esinemissagedus on viimase 10 aasta vältel suurenenud 2,4 korda. Selles võib oma osa etendada kudede regenerereerimisprotsessi suhteline puudulikkus, mis põhjustab põletikuliste haiguste sagenemist üldse ning hormonaal-ainevahetushäireid, mille tagajärjel nõrgeneb organismi immuunsüsteem. Paljude autorite arvates on neeruhaigused sel perioodil seoses ealise spetsiifikaga (3, 5, 10). Nahahaiguste esinemissageduse suhtelist suurenemist võib seostada haigete parema arvelevõtmise ja arstiabiga. Üldiselt ei ole need haigused praegu muret tekitavad.

Noorukite organismi haiguslike muutuste kasvust rääkides ei saa mööda minna neuropsüühilise sfääri juveniilsest patoloogiast. Teatavasti on

Tabel. Tallinna Noorukite Polikliinikus kaheksandate klasside õpilaste dispanseerimisel väljasegitatud krooniliste haiguste dünaamika (stomatoloogiliste ja psühhopatoloogiliste haigusteta)*

Haigus	Aastad			
	1976	1979	1981	1985
Nägemiselundi haigused	238,8	215,9	234,8	256,3
Terapeutilised haigused,	122,4	122,3	148,2	171,7
nende hulgas:				
endokrinoloogilised haigused	44,8	41,9	42,4	57,9
neeruhaigused	6,0	7,1	12,0	14,5
Kirurgilised haigused	72,3	38,9	30,2	31,5
Neuroloogilised haigused	22,7	24,5	17,5	19,4
Kõrva-, nina- ja kurguhaigused	14,8	21,8	25,3	22,8
Nahahaigused	5,6	5,1	8,4	9,9
Kokku promillides	476,6	428,5	464,4	511,6

* Uurimisandmed on 1000 läbivaadatu kohta

puberteediiga psühhootsionaalselt kõige pingelisem periood inimese elus ning selles eas on palju stressiseisundeid, mis sugenevad psühhosotsiaalsest infantiilsusest ja halvast kohanemisvõimest, mis omakorda põhjustab sisepinge kuhjumist, suurenenud impulsiivsust ning käitumises kriisinähte. See kõik põhjustab psüühiliste haiguste esinemissageduse suurenemist. Sotsioloogide arvates on täiskasvanute psühhopatoloogia alged samuti pärit puberteedieast.

Kompensatsiooniperioodil suur osa noorukiea esimesel perioodil sünenenud haiguslikest muutustest nagu taanduksid selleks ajaks suurenenud adaptatsioonivõime tagajärjel. Suured potentsiaalsed võimalused tervistumiseks ja kehaliseks arenguks sellel eaperioodil on ammu empiirilisel tuntud. Kuid kahjuks mitte kõiki puberteedi lõpuperioodil tekkinud haigusi ega haiguslike seisundeid ei kompenseerita täielikult ning lõplikult.

Puberteediea haiguslike muutuste suur esinemissagedus ja nende ebasoodne dünaamika on noorukite arstiabis tõsine ning aktuaalne probleem. Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni

ekspertide komitee ettekandes on öeldud, et enamikus riikides tuntakse üha suuremat muret noorukite tervise kaitsmise pärast ning see on saanud arstiabi uute suundade arenemise stiimuliks (8). Nii on USA meditsiinalituse ülema ettekandes öeldud, et 1990. aastaks tuleb rahvastiku suremust vähendada 20%, seda peamiselt just 15... 24 aasta vanuste elanike tervistavate ürituste arvel. Selleks kasutatakse $\frac{1}{3}$ kõigist USA-s eraldatud tervistavate ürituste vahenditest noorukite tarvis (1).

Lõpuks tuleb rõhutada, et hästi korraldatud noorukite arstiabi on oluline lüli kogu rahvastiku tervistumisel ka meie vabariigis.

KIRJANDUS: 1. *Chervin, D. D., Sloane, B. C., Gordon, K. A. a. o. J. Am. Collage Hlth.*, 1986, 35, 1, 15—20. — 1a. *Jäger, J. Z. Arzt. Fortbild.*, 1977, 12, 594—598. — 2. WHO Technical Report Series, 308, 1965.

3. Актуальные аспекты биохимических и цитохимических исследований в гигиене детей и подростков М., 1983. — 4. *Матовский И. М.* Состояние здоровья и лечебно-профилактическая помощь подросткам. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Челябинск, 1970. — 5. Методические рекомендации по выявлению ранних признаков заболеваний в подростковом возрасте. М., 1985. — 6. *Неделько В. П.* В сб.: Состояние здоровья школьников и организация их обслуживания. М., 1973, 107—123. — 7. Организация диспансерного наблюдения за детьми в общеобразовательных школах. Киев, 1974. — 8. Проблемы охраны здоровья подростков. Доклад Комитета Экспертов ВОЗ. Женева, 1979. — 9. *Серенко А. Ф.* Сов. здравоохран., 1974, 1, 3—6. — 10. *Степонайтене Л.* Особенности важнейших заболеваний периода полового созревания. Автореф. дисс. доктора мед. наук. Вильнюс, 1970. — 11. *Сягаев С. А.* Сов. здравоохран., 1974, 11, 3. — 12. *Умнова М. А., Лучина К. И.* Сов. здравоохран., 1966, 11, 80.

Tallinna Noorukite Polikliinik

UDK 618.19-006 : 612.017.1

Kartsinoembrüonaalne antigeen rinnavähi puhul

Silvia Rätsep Agu Lipping
Eha Tauts Tallinn

rinnavähk, kartsinoembrüonaalne antigeen, immunohistoloogia

Eesti Vähiregistri andmeil moodustas rinnavähk Eesti NSV-s aastail 1978 1980 kasvajate esmasjuhtudest naistel 16 %. Ajavahemikul 1971 . . . 1980 suurenes haigestumus 2,3 % (8). Suurenemistendents püsib, püsib ka vajadus rinnavähi nüüdisaegsete diagnoosimismeetodite, ravi tõhususe ning prognoosi määramise meetodite järele.

Kartsinoembrüonaalse antigeeni uurimisega tehti algust 1964. aastal, mil Kanada teadlased P. Gold ja S. O. Freedman selle isoleerisid inimloote seeditraktist ning leidsid samasuguse antigeeni ka jämesoolevähi koeekstraktis (3). Uus antigeen nimetati kartsinoembrüonaalseks antigeeniks (ingl. k. *carcinoembryonic antigen* — CEA, vene k. раковоэмбриональный антиген — РЭА). Hiljem leiti CEA-d ka jämesoolevähihaige vereseerumis. Hilisem uurimine näitas, et CEA-d leidub teistegi vähipaikmete puhul nii vähikoos (4) kui ka vereseerumis (1), sealhulgas ka rinnavähi puhul.

Antud töö eesmärgiks oli selgitada immunohistokeemiliselt CEA leidumist rinnavähikoos, analüüsida seost suurenenud CEA-sisaldusega vereseerumis ja CEA-sisaldusega vähimetastaasides.

Uurimismaterjal ja -meetodika. Uuriti 63 rinnavähihaiget, kes ajavahemikul 1985 . . . 1986 eri aegadel viibisid ravil Tallinna Vabariiklikus Onkoloogiadispanseris. Haigete vanus oli 30 73 aastat, keskmine vanus 54,3 aastat. Histoloogiliselt oli kõikidel juhtudel tegemist invasiivsete vähkidega, millest 84 % (53 juhtu) moodustasid duktaalvähid, 4 % (3 juhtu) lobulaarvähid ja 6 % (4 juhtu) limavähk, 6 % moodustasid medullaar-, tubulaarvähk ning *morbis Pageti*, igäht üks juht. Esimese staadiumi haigusjuhte

oli 16 (25 %), teise 35 (56 %), kolmanda 12 (19 %).

Kude CEA-sisaldust* määrati immunohistokeemiliselt (2). Kirurgiliselt eemaldatud rinnanäärmeist võeti mõni tund pärast operatsiooni kasvajakoe tükid, mis fikseeriti 40 %-lises puhverdatud formaliinilahuses (pH 7,5) ja sisestati seejärel parafiini. Värvimisel kasutati «Vectastain ABC» komplekti (*Vector Laboratories*, USA) monokloonsete antikehade sidumiseks avidiini-biotiini-kompleksi abil. Pärast deparafineerimist inkubeeriti 5 . . . 7 μ paksused koelõigud normaalse blokeeriva seerumiga, mille filterpaberiga eemaldamise järel kanti lõigule CEA suhtes spetsiifilised monokloonsed antikehad (MA-35, lahjendus 1:40). Pärast loputamist puhverdatud füsioloogilises lahuses (pH 7,5) töödeldi koelõike biotiiniga konjugeeritud antiimmunoglobuliinidega, mille eemaldamise ja loputamise järel kanti lõigule avidiiniga segatud biotiini-mädarõikaperoksüdaasi lahust, mis moodustab eelnevalt nimetatud seerumitega mittelahustuva kompleksi. Reaktsioon tehakse nähtavaks diaminobensidiiniga pruuni sademena, mis valgusmikroskoobis on selgesti nähtav.

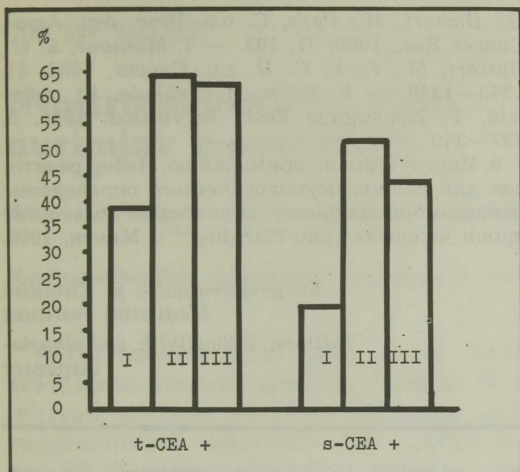
Vereseerumi CEA-sisaldus** määrati samadel haigetel radioimmunoloogiliselt (9). Verd analüüsiks võeti operatsioonipäeva hommikul.

Uurimistulemused ja arutelu. Immunohistokeemiliselt määratud CEA paikneb kas raku sees või raku membraanil, mõnikord värvuvad ka intraduktaalsed nekrotiseerunud rakud. Koelõik värvub ebaühtlaselt. Kõrvuti intensiivselt värvunud rakkudega on näha ka vähem intensiivselt värvunud rakke või rakkude rühmi. Nende kõrval võib näha üksikuid rakke või rakkude rühmi, mis värvunud ei olegi. Hindamisel värvumise intensiivsust ei arvestatud. Oluliseks peeti, et kontroll-lõik oleks värvumata, s.t. arvati negatiivseks reaktsiooniks.

Kogu uurimismaterjalist värvus 34 koelõiku (54 %), vereseerumi CEA-sisaldus oli suurenenud 25 haigel (40 %).

I staadiumi rinnavähi puhul (vt. joonis 1) on koelõikude värvumine CEA suhtes väiksem (37,5 %) kui rinnavähi II ja III staadiumi korral, kusjuures viimati mainitud staadiumeis on värvumine peaaegu ühesugune (60 % ja 58 %). Vereseerumi CEA-sisaldus ületas vähi I

* t-CEA (ingl. k. *carcinoembryonic antigen in tissue*) — kartsinoembrüonaalne antigeen koes
** s-CEA (ingl. k. *carcinoembryonic antigen in serum*) — kartsinoembrüonaalne antigeen vereseerumis



Joonis 1. CEA suhtes positiivsete reaktsioonide esinemine koes ja vereseerumis sõltuvalt vähistaadiumist.

staadiumis normi ainult 19 %-l haigetest, II staadiumis 49 %-l ja III staadiumis 42 %-l haigetest. Seega oli nii koe kui ka vereseerumi positiivseid reaktsioone CEA suhtes I staadiumi vähi puhul vähem kui II ja III staadiumi vähi puhul. Statistiliselt olulist erinevust ei olnud ($P > 0,05$). Analoogilisele järeldusele on jõudnud E. G. Mansour kaasautoritega (6) ja S. Kleist kaasautoritega (5).

I staadiumi rinnavähi puhul (vt. joonis 2) olid reaktsioonid nii koe kui ka vereseerumi CEA-sisalduse suhtes üheaegselt positiivsed 13 %-l juhtudest. Üksnes koereaktsioon oli positiivne 25 %-l ja vereseerumireaktsioon 31 %-l juhtudest. Nii koe kui ka vereseerumi positiivseid reaktsioone oli kokku 69 %-l juhtudest. Mõlemad reaktsioonid olid negatiivsed 31 %-l juhtudest.

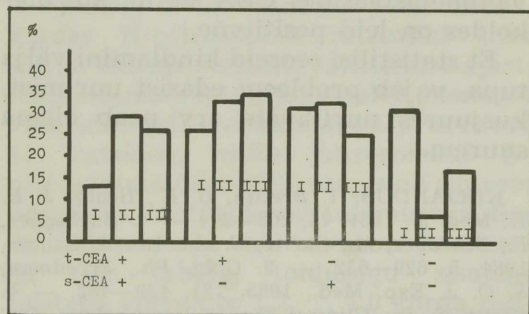
Koe- ja vereseerumireaktsioon olid positiivsed II staadiumi vähi puhul 28 %-l juhtudest. Koelõikude uurimisel ilmnis positiivne reaktsioon üksnes 32 %-l, vereseerumi uurimisel samuti 32 %-l. Positiivseid reaktsioone oli kokku 92 %-l haigetest. Mõlemad reaktsioonid olid negatiivsed 8 %-l haigetest.

Mõlemad reaktsioonid olid III staadiumi vähi puhul positiivsed 25 %-l juhtudest, ainult positiivseid koereaktsioone oli 33 %-l ja ainult positiiv-

seid vereseerumireaktsioone 25 %-l. Kokku oli positiivseid reaktsioone 83 %-l juhtudest. Mõlemad reaktsioonid olid negatiivsed 17 %-l juhtudest.

Meie andmeil kaasneb positiivsete koereaktsioonidega 24 %-l vereseerumi suurenenud CEA-sisaldus. Nii E. G. Mansour kaasautoritega (7) kui ka S. Kleist kaasautoritega (5) on suure CEA-sisalduse saanud vastavalt 41 %-l ja 43 %-l juhtudest. Erinevus on ilmselt tingitud sellest, et välisautorid on uurinud kasutanud polüklooneid antikehi, mis annavad enam positiivseid koereaktsioone tingituna mittespetsiifiliste ristireageerivate antikehade sisaldusest antiseerumis.

E. G. Mansour kaasautoritega (7), kes on uurinud 63 I ja II staadiumi rinnavähi juhtu, sai vereseerumi- ja koereaktsioonide positiivseid väärtusi üheaegselt 68 %-l juhtudest; meie uurimismaterjali järgi oli need 78 %. Olulist statistilist seost vereseerumi ja kudede CEA-sisalduse ega vähistaadiumide vahel meie andmeil ei selgunud ($P > 0,05$), kuigi I staadiumis oli ainuüksi negatiivseid reaktsioone enam võrreldes negatiivsete reaktsioonidega vähi II ja III staadiumis (vastavalt 31 %, 8 % ja 17 %). USA uurijad ei leidnud statistilist erinevust vereseerumi CEA-sisalduse suurenemisega vähistaadiumide vahel, küll aga leidsid nad statistiliselt olulise seose koevärvumuse ja vähistaadiumide vahel. S. Kleist kaasautoritega (5) väidab, et nii vereseerumi kui ka koe CEA-sisaldus ei sõltu vähi staadiumist (uuriti I... IV staadiumi) ega sõltu ka



Joonis 2. CEA samaaegne esinemine koes ja vereseerumis sõltuvalt vähistaadiumist.

sellest, kas regionaarsed lümfisõlmed on protsessist kaasa haaratud või mitte.

Uurisime metastaase regionaarsetes lümfisõlmedes 19 haigel II ja III staadiumi rinnavähi puhul. Kasvajakolde koetükikese CEA-sisaldus oli suurenenud 15 haigel (79 %). Värvunud algkolde puhul värvus metastaasikude 12 juhul (80 %). Metastaasidega juhtudest, kui reaktsioon oli positiivne, olid vere-seerumi CEA-väärtused II ja III staadiumi vähi korral suurenenud 7 juhul (58 %).

Rinnavähi II staadiumis oli metastaasidega juhte 11, neist värvusid algkolded 8-l (73 %). Alkoldega üheaegselt värvus ka metastaasikude 6 juhul (75 %). Neist oli vereerumireaktsioon positiivne 5-l (83 %).

Kirjandusest leidsime vaid ühe analoogilise uurimuse (6). Nimetatud töös on uuritud 10 regionaarsete lümfisõlmede metastaasi juhtu II staadiumi vähi puhul. 10 juhust värvus algkolle 7-l (70 %) ning kõikide metastaaside kude kõigil (100 %). Meie andmete ja nende autorite tulemuste võrdlemisel statistilist erinevust ei ilmnenu.

Metastaasidega III staadiumi vähi puhul värvus 8 algkoldest 7 (88 %), neist 6 juhul metastaasikude (86 %). Värvunud metastaasikoe juhtude korral oli vereerumi CEA-sisaldus suur 2 juhul (33 %).

Antud uurimismeetodite kasutamisel selgus, et rinnavähi puhul ei sõltu rohkenenud CEA-sisaldus vereplasmas CEA leidumisest kasvajakoes. Enamikus vähimetastaasides CEA säilib, kui algkoldes on leid positiivne.

Et statistilisi seoseid kindlamini välja tuua, vajab probleem edasist uurimist, kusjuures uuritavate arv peab olema suurem.

KIRJANDUS: 1. *Breslin, B. K., Healy, J. B.* Ir. Med. J., 1981, 74, 203—204. — 2. *Buchegger, F., Schreyer, M., Carrel, S. a.o.* Int. J. Cancer, 1984, 5, 629—632. — 3. *Gold, Ph., Freedman, S. O. J. Exp. Med.*, 1965, 121, 439—462. — 4. *Kleist, S.* In: Clinical Tumor Immunology. Oxford — New York, 1976, 89—103. — 5. *Kleist, S., Witteckind, C., Sandritter W. a.o.* Pathol. Res. Pract., 1982, 173, 390—401. — 6. *Mansour, E.*

G., Hastert, M., Park, C. a.o. Proc. Am. Assoc. Cancer Res., 1980, 21, 193. — 7. *Mansour, E. G., Hastert, M., Park, C. H. a.o.* Cancer, 1983, 51, 1243—1248. — 8. *Rahu, M., Pukkala, E., Aareleid, T.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1986, 5, 337—340.

9. Инструкция по применению. Набор реактивов для радиоиммунологического определения раковоэмбрионального антигена в сыворотке крови человека (рио-РЭА-йод¹²⁵). Минск, 1986.

*Eksperimentaalse ja Kliinilise
Meditsiini Instituut
Tallinna Vabariiklik Onkoloogia-
dispanser*

Mõningaid andmeid AIDS-i viirusest (HIV) infitseeritud inimestega läbikäimise kohta kutsealases ja haiglamiljões. Praeguseni on kogu maailmas ligikaudu 100 000 ilmsete AIDS-i tunnustega haigusjuhtu registreeritud ning kaugelt üle ühe miljoni HIV-kandlusega patsiendi on meditsiiniliselt uuritud ning hooldatud. Nüüd on olemas ka esimesed andmed nelja AIDS-i juhu kohta, mis tõenäoliselt on kutsetöös saadud HIV-nakkuse tagajärg. Haigus on kindlaks tehtud kahel meditsiiniõel, ühel haigepöetajal ja ühel laborandil (USA-s ja Suurbritannias), mis oli saastatud instrumentidega põhjustatud nõelatorkevigastuste tagajärg. HIV-viirusega on nakatunud ka teisi meditsiinitöötajaid, kuid kõik need teised on nakatunud väljaspool kutsetegevust, mis on ka kindlaks tehtud.

Die Heilberufe, 1987, 2.

UDK 547. 231/.233

N-nitrosoühendite tekke uurimine maomudelil

Anu Umbleja Jüri Kann · Tallinn

N-nitrosoühendid, maomudel, endogeenne teke

N-nitrosoühenditel on tähtis koht keemiliste kantserogeenide hulgas. Nad tekivad nitritite või lämmastikoksiidide reageerimisel amiinide või amiididega. Et N-nitrosoühendite tekkeks vajalikke lähteaineid leidub hulgaliselt nii keskkonnas (sealhulgas toiduainetes) kui ka inimorganismis, siis on potentsiaalselt võimalik nende ühendite teke ka organismis (3, 9).

N-nitrosoühendite tekke vähendamiseks on kirjanduses soovitatud kasutada paljusid keemilisi ühendeid (7, 15, 16). Toiduainete tootmisel peetakse olulisemaks N-nitrosoühendite tekkimise loomulikku takistamist, mille puhul sünteesi inhibiitoriteks on toiduainete endi koostiskomponendid. Kirjanduses on andmeid selle kohta, et piimaproductidel, mitmesugustel teraviljasaadustel ja suure C-vitamiini-sisaldusega puuviljadel on N-nitrosoühendite *in vitro* teket pärssiv toime (4, 8, 17). *In vivo* on N-nitrosoühendite teket takistav toime kindlaks tehtud askorbiinhappel ja tema derivaatidel, samuti α -tokoferoolil (3, 5, 6). Neid aineid soovitatakse lisada toitule, mis võivad kergesti nitroseeruda.

Selgitamaks keemiliste ühendite või toidukomponentide poolt nitroseerumisele avaldatavat mõju, on põhiliseks N-nitrosoühendite tekke uurimine maomudelil (4, 11).

Viimasel ajal on maomudelil enim uuritud ravimite toimet (10).

Uurimismaterjal ja -metoodika. Käesolevas töös on maomudelil uuritud kahe N-nitrosoühendi, nimelt N-nitrosodimetüülamiini ja N-nitrosopropiini tekkimist päevastes ratsioonides.

Katsed tehti temperatuuril 37°C kunstliku maomahlagaga (pH 2,0). Ühe katse kestus oli neli tundi. Uuriti juhuslikult valitud päevadel

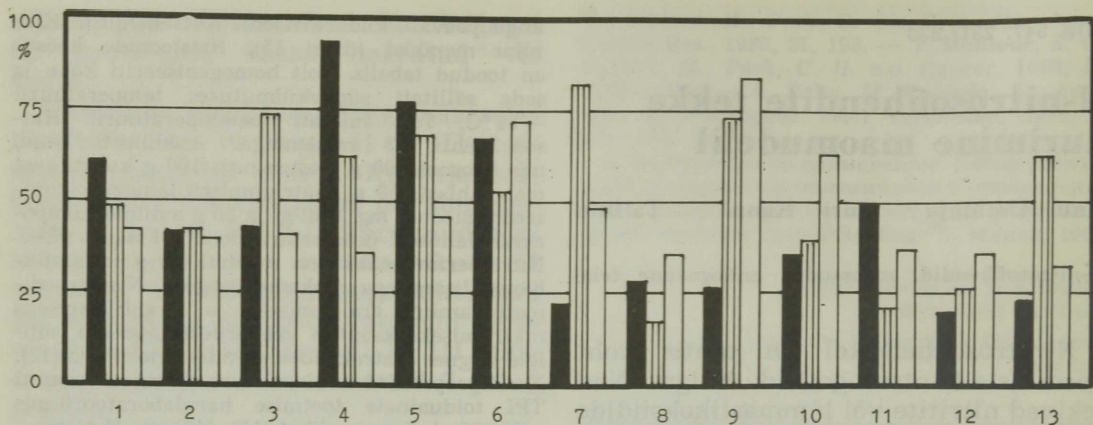
kogu päevast toiduratsiooni. Kutsehaiguste Kliiniku menüüst (dieet 15). Ratsioonide koostis on toodud tabelis. Toit homogeniseeriti kohe ja seda säilitati sügavkülmutuses temperatuuril -18°C. Toit sulatati toatemperatuuril. Katsed tehti 13 ratsiooniga. Analüüsiti segu, mis koosnes 100 g toidusegust, 100 g kunstlikust maomahlast, 50 g naatriumnitritilahusest (kontsentratsioon 2 mg 1 ml-s) ja 50 g amiinse komponendi lahusest (kontsentratsioon 0,4 mg 1 ml-s). Nitroseerimisreaktsioon lõpetati 0,5 g sulfamiinhappe lisamisega reaktsioonisegule. N-nitrosodimetüülamiini eraldamiseks ja kvantitatiivseks määramiseks kasutati veeaurdestillatsiooni, millele järgnes ekstraktsioon metüleenkloriidiga (12). N-nitrosopropiini eraldamiseks kasutati samuti TPI toiduainete tootmise harulaboratooriumis väljatöötatud metoodikat (13). Mõlema N-nitrosoühendi lõppmääramine toimus Eisenbrandi-Preussmanni meetodil (14).

Kõrvuti N-nitrosoühendite tekkimise uurimisega toidusegu juuresolekul tehti kontrollkatseid eespool kirjeldatud reaktsioonitingimuste kohaselt, jättes ära vaid toidusegu lisamise. Kontrollkatset saadud N-nitrosoühendite kogus arvati võrdseks 100%-ga ning selle arvilise väärtuse suhtes leiti toidusegu pärssiv või aktiveeriv toime N-nitrosoühendi tekkes.

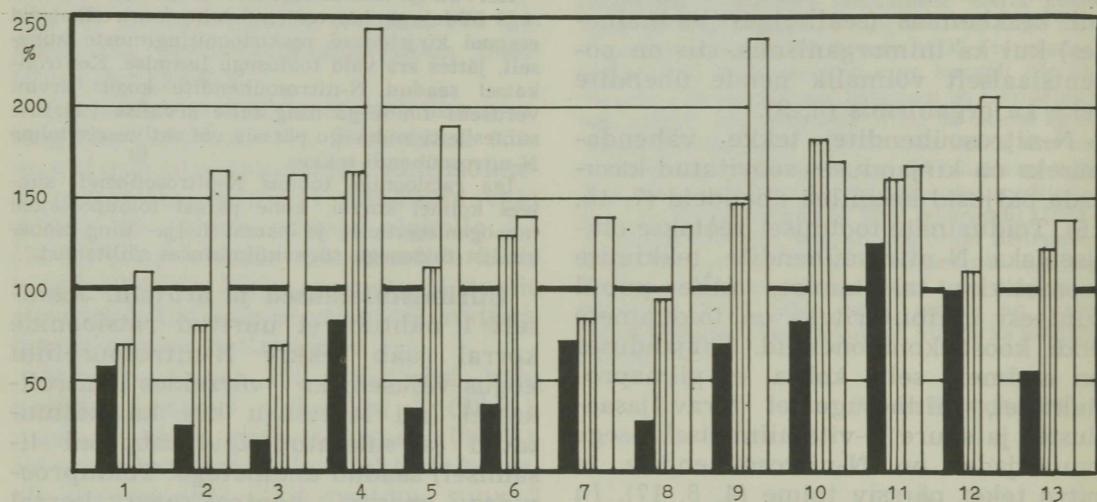
Iga ratsiooniga toimus N-nitrosoühendi süntees kolmel korral: kohe pärast toiduportsjoni homogeniseerimist ja pärast nelja- ning kuuekuulist toidusegu sügavkülmutuses säilitamist.

Uurimistulemused ja arutelu. Jooniselt 1 nähtub, et uuritud ratsioonide korral jääb tekkiv N-nitrosopropiini kogus väiksemaks võrreldes kontrollkatsetel (nii lähtesegu kui ka külmutatud ja sulatatud toiduratsiooni lisamisega) saadud andmetega. Toiduproovides enestes kontrollkatse korral N-nitrosopropiini tekkimist ei täheldatud. Sünteesikatsetes ühe ja sama ratsiooni juuresolekul tekkinud kogused ei ole korrelatiivses sõltuvuses toidu säilitamise ajast ($P > 0,05$).

Joonisel 2 on andmed selle kohta, kuidas N-nitrosodimetüülamiini teke sõltub toiduportsjonite säilitamise ajast. Külmutamata toidu juuresolek enamasti vähendab selle tekkimist, välja arvatud 11. ratsioon, mille juuresolekul N-nitrosodimetüülamiini saagis oli suurem võrreldes kontrollkatse tulemusega. Seda saab seletada vaid ratsiooni koostisega (vt. tabel): toidusegu sisaldas teistega võrreldes 1,2...4,0 korda rohkem nitritit, mis põhjustas täiendava koguse N-nitrosodimetüülamiini sünteesi. 12. ratsiooni (nitritisalduselt



Joonis 1. N-nitrosoproliini teke kohe (tähistatud musta tulpaga), 4 kuu (viirutatud tulp) ja 6 kuu (viirutamata tulp) möödumisel võrreldes kontrollkatsega (100%)



Joonis 2. N-nitrosodimetüülamiini teke kohe (must tulp), 4 kuu (viirutatud tulp) ja 6 kuu (viirutamata tulp) möödumisel võrreldes kontrollkatsega (100%).

teine ratsioon) lisamine reaktsiooni-segule N-nitrosodimetüülamiini teket ei mõjutanud. Samuti sisaldasid ratsioonid 11 ja 12 teistest rohkem nitraate.

Külmutatuna säilitatud toidu ratsioonide uurimine näitas, et N-nitrosodimetüülamiini teket pärssiv toime nõrgenes ja mitmel puhul asendus see N-nitrosodimetüülamiini teket aktiveeriva toimega. Korduvalt külmutatud ja sulatatud toidu (säilitatud 6 kuud) juuresolekul N-nitrosodimetüülamiini teke intensiivistus võrreldes kontrollkatsetega kõigi ratsioonide korral. 4., 9. ja 12. ratsiooni korral suurenes N-nitrosodimetüülamiini saagis üle 200 %.

Ratsioonides oli ka nitritisisaldus suurenenud võrreldes sisaldusega värskes toidus. See võiks seletada N-nitrosodimetüülamiini suuremat tekkimist pikaajaliselt säilitatud toidu juuresolekul. Külmutamata toidus, kui prekursorid ei lisatud või lisati ainult üks komponent, N-nitrosodimetüülamiini määratavas koguses ei tekkinud.

Kirjanduses võib leida andmeid ka selle kohta, et N-nitrosoühendeid võib tekkida produkti külmutamise ajal, mille puhul suureneb sünteesi lähteainete kontsentratsioon vedelfaasis (1). Meie katsetes seda fakti ei täheldatud.

Tabel. Ratsioonide koostis grammides

Koostis- komponent	Ratsiooni number												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Leib	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300
Sai	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Või	20	20	20	30	20	30	20	30	20	20	30	20	20
Kohv	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200
Tee	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200
Kohupiim		200					150						
Liha, kaste		200			200			200			200	200	
Kartul		200	200			250		200	200	250	200	200	
Hapakapsas		30	100					30			30		
Kompott			200		200			200			200	200	
Kissell		200		200					200				100
Kala	50		50						200	50		50	
Puder	400				200	200	250	200			200		400
Piimasupp		400	400	400	400		500	400	400		400	400	
Muu supp	500					500				500			500
Mannavaht	150					150				150			
Piim	300					100	200			100			200
Pett	200	200	200	200	200		200	200		200	200	200	200
Vorst		100					50			50			
Muna				45									160
Pilaff				700									
Keedis					20			20					
Makaronid					200								
Peedisalat									30				
Hernesalat												30	

Ilmselt olid sünteesi lähtekomponentide (N-nitrosodimetüülamiini prekursorite) kriitilised kontsentratsioonid ratsioonides liialt väikesed selleks, et N-nitrosodimetüülamiini oleks tekkinud määratavates kogustes.

Järeldused.

1. Kirjeldatud katsekorraldus võimaldab jälgida *in vitro* N-nitrosoühendite tekkimise mõjutamist eri ratsioonide poolt.

2. Valitud katsekorralduse puhul suureneb toidusegu korduval külmutamisel-sulatamisel N-nitrosodimetüülamiini süntees.

KIRJANDUS: 1. *Fine, D. H.* In: Brandbury Report 12: Nitrosamines and human cancer. New York, 1982, 165—174. — 2. *Groenen, P. J., Luten, J. B., Dhont, J. H. a.o.* In: N-nitroso compounds: occurrence and biological effect. IARC Sci. Publ., No 41, Lyon, 1982, 99—112. — 3. *Iqbal, S. M., Epstein, S. S., Krull, I. S. a.o.* In: N-nitroso compounds, analysis, formation and occurrence. IARC Sci. Publ., No 31, Lyon, 1980, 169—182. — 4. *Klein, D., Caconnet, N., Poullain, B. a.o.* In: Environmental aspects of N-nitroso compounds. IARC Sci. Publ., No 19, Lyon, 1978, 485—494. — 5. *Mirvish, S. S.* In: Brandbury Report 12: Nitrosamines and human cancer. New

York, 1982, 227—236. — 6. *Ohshima, H., Pignatelli, B., Bartsch, H.* In: Brandbury Report 12: Nitrosamines and human cancer. New York, 1982, 297—317. — 7. *Roller, P. P., Keefer, L. K., Slavin, B. W.* In: N-nitroso compounds: analysis, formation and occurrence. IARC Sci. Publ., No 31, Lyon, 1980, 119—128. — 8. *Rooma, M., Uibu, J.* Nutr. Cancer, 1983, 4, 171—175. — 9. *Sander, J., Schweinsberg, F.* In: N-nitroso compounds — analysis and formation. IARC Sci. Publ., No 3, Lyon, 1972, 97—103. — 10. *Ziebarth, D., Schsamm, T.* Arch. geschwulstforsch., 1985, 15, 2, 81—91. — 11. *Walters, C. L., Duke, C. S., Saxby, M. J. a.o.* In: Environmental N-nitroso compounds analysis and formation. IARC Sci. Publ., No 14, Lyon, 1976, 181—183.

12. *Кань Ю. М.* Методические рекомендации. Таллин, 1981. — 13. *Кань Ю. М., Таутс О. В., Леттнер А. Х.* Вopr. пит., 1981, 5, 65—67. — 14. *Кулдмяэ Л. А.* Методические рекомендации. Таллин, 1984. — 15. *Мигченков В. Т., Яковлева Е. С., Костенкова Ю. А. и др.* В кн.: Выканцерогенное нитрозосоединения и их предшественники образование и определение в окружающей среде. Таллин, 1981, 63—65. — 16. *Мяги К. К.* В сб.: Сборник научных трудов. Вып. 4, Таллин, 1981, 47—52. — 17. *Роома М. Я., Пийроя А. Э.* В кн.: Экспериментальная и клиническая онкология. Сборник научных трудов. Выпуск 6., Таллин, 1984, 12—17.

Ekspimentaalse ja Kliinilise
Meditiini Instituut
Tallinna Polütehniline Instituut

UDK 612.396.22 : 612.015.3

Veel kord glükoosi mõjust alkoholi oksüdeerumisele

Seisukohavõtt ajakirjas

«Blutalkohol», 1987, 24, 1, 23—36 ilmunud

V. Schmidti, M. Oehmicheni ja I. Pedali artikli kohta

Kirjanduses leidub hulgaliselt töid, milles on püütud tõestada mingi aine etanooli oksüdeerumist kiirendavat, s. t. koefitsienti β suurendavat toimet, ja on soovitatud neid aineid kasutada alkoholjoobe kõrvaldamiseks *resp.* leevendamiseks. Hilisemad kontrolluuringud on aga tõestanud selle väite paikapidamatust. Kontrollimist vajavad andmed etanooli oksüdeerumist kiirendava fruktoosi toime kohta.

Hiljuti ilmunud töös (7) on autorid jõudnud järeldusele, et suu kaudu manustatud suured glükoosi annused (200 g) võrreldes annustega kontrollrühma kuulujatel ja nendel, kellele glükoosi manustati parenteraalselt, võivad etanooli lammutamist usaldatavalt kiirendada. Alkoholi elimineerumist kiirendavat toimet on glükoosil sedastanud ka teised autorid (1, 6), olgugi et enamik on seda eitanud (2, 8).

Glükoosi intravenoosset ja samaaegset insuliini manustamist joobe kõrvaldamiseks on omal ajal soovitanud I. Streltsuk (9). Selle küsimuse eksperimentaaluurimisel meie poolt selgus (3), et neljale isikule 60 ml 40%-lise glükoosilahuse veeni süstimise korral β väärtused vähenesid $\bar{x} = 0,0032\%$ -lt $\bar{x} = 0,0025\%$ -le, 20 ühiku insuliini süstimine koefitsiendi β väärtusi oluliselt ei muuda: β väärtus enne süstimist $\bar{x} = 0,0032\%$, pärast $\bar{x} = 0,0030\%$. Glükoosi veeni süstimine ja insuliini samaaegne manustamine põhjustasid koefitsiendi β väärtuse vähenemist $\bar{x} = 0,0029\%$ -lt $\bar{x} = 0,0025\%$ -le. Ühel isikul 30 ühikut insuliini ja 60 ml 40%-list glükoosilahust aeglustasid alkoholi oksüdeerumist 42,5%. Seega koefit-

siendi β väärtuse suurenemist ei sedastatud, küll aga võis etanooli oksüdeerumine üksikjuhtudel tunduvalt aeglustuda.

Seetõttu V. Schmidti, M. Oehmicheni ja I. Pedali (7) andmed selle kohta, et glükoos suurtes annustes kiirendab alkoholi oksüdeerumist, pakuvad suurt teoreetilist ja praktilist huvi.

V. Schmidt ja kaastöölised (7) manustasid neljale isikule kuues eksperimendis infusioonipumbaga 64 g etanooli lahustatuna 1000 ml infusioonilahuses sellise arvestusega, et 120. minutiks oleks alkoholi kontsentratsioon veres 0,9...1,0% piires. Seejärel infundeeriti veel individuaalne etanooli hulk (5,9...7,7 g), et hoida alkoholi kontsentratsioon veres 60 minutit platoo tasemel. Alkoholi manustamine seejärel lõpetati ja jälgiti alkoholi kontsentratsiooni kõverat 5 tundi. Vereproove kõikides katsetes võeti sama skeemi alusel. Andmed on esitatud koondtabelites.

Kogu uurimismaterjali analüüs näitab, et eliminatsioonifaas mõnes katses algab juba 30 minutit pärast infusiooni lõppu, enamasti aga alles 150...180 minutit pärast seda. Kahjuks ei ole autorid viimast asjaolu arvestanud. Sellest ongi tingitud, et koefitsiendi β arvutamisel on nad enamikus katsetes kasutanud ühe või mitme vereproovi andmeid, mis kuuluvad veel resorptsioonifaasi andmete hulka. Sellise lähenemisviisi korral said autorid väga väikesed koefitsiendi β väärtused kahes kontrollkatse seerias, kus infundeeriti keedusoola lahust.

Rakendades alkoholi kontsentratsiooni kõverate analüüsi meie poolt soovitatud meetodit (4, 5), selgus, et nii väike ja suur infundeeritud glükoosiannus kui ka suur ja väike suu kaudu manustatud glükoosiannus (kontrollkatsetega võrreldes) usaldatavat koefitsiendi β muutust ei põhjusta (kõigil juhtudel $P > 0,05$). Glükoosi manustamisega korraldatud eksperimente omavahel võrreldes selgus, et väikesed infundeeritud glükoosi annused alkoholi oksüdeerumist usaldatavalt aeglustavad ($P < 0,05$).

UDK 616-001.17-08

Seega kinnitavad V. Schmidt ja kaasautorite (7) andmed E. M. P. Widmarki (8) poolt enam kui pool sajandit tagasi avaldatud seisukohta, et glükoos alkoholi oksüdeerumist ei kiirenda, vaid eriolukordades võib ta alkoholi elimineerumist aeglustada.

KIRJANDUS: 1. *Goldberg, L., Jones, A. W., Neri, A.* Blutalkohol, 1979, 16, 6, 431—438. — 2. *Herbich, J., Prokop, L.* Wiener klin. Wochenschr., 1963, 14, 421—427. — 3. *Karu, E.* TRÜ Toimetised, 1954, 36, 33—46. — 4. *Karu, E.* Blutalkohol, 1975, 12, 307—315. — 5. *Karu, E.* Blutalkohol, 1986, 23, 337—339. — 6. *Klein, H.* Dtsch. Z. gerichtl. Med., 1951, 40, 455—467. — 7. *Schmidt, V., Oehmichen, M., Pedal, I.* Blutalkohol, 1987, 24, 1, 23—36. — 8. *Widmarck, E. M. P.* Biochem. Z., 1934, 270, 297—308.

9. *Стрельчук И. В.* Клиника и лечение наркоманий. М., 1949.

Prof. emer. Elmar Karu

Küülikute vere sulfasiini-sisalduse määramine põletushaavade lokaalses ravis (kodumaise 1%-lise hõbesulfasiinsalviga)

Helgi Kristovald · Tallinn

põletus, ravi, ravimpreparaadid, loomkatsed

Märkimisväärset edu põletushaavade lokaalses ravis on viimase kümne aasta jooksul saavutatud tänu kliinilises praktikas kasutatavatele emulsioonilisel valmistatud 1%-listele hõbesulfasiinsalvidele — flamsiinile (Inglismaa), silvadeenile (USA) ja dermasiinile (Jugoslaavia FV). Need salvid on laia toimespektriga antibakteriaalsed preparaadid, mis toimivad kõikidesse põletushaava infitseerivatesse mikroobidesse (1, 2), vähendades infektsioosseid tüsitusi, mis on sagedad põletushaavade puhul. Põletushaavade tagajärjel saanud surma põhjuste hulgas on sepsis kirjanduse andmeil juhtival kohal. Et põletushaava infitseeriv mikrofloora nii kvantitatiivselt kui ka kvalitatiivselt pidevalt muutub, on saanud aktuaalseks põletushaavade lokaalseks raviks kasutatavate uute preparaatide väljatöötamine.

Töö eesmärk oli uurida uue kodumaise 1%-lise hõbesulfasiinsalvi toimeaine — sulfasiini — sisaldust küülikute veres eksperimentaalselt tekitatud põletushaavade korral, samuti määrata salvide toimeaine sisaldus katselooma veres dermasiinilise ja 1%-lise hõbesulfasiinsalvi ühekordsel ja korduval põletushaavale määrimisel.

Uurimismaterjal ja -meetodika. Katsed tehti 14 küülikul, kelle keskmine kehakaal oli 3 kg. Narkotiseeritud küüliku eelnevalt epileeritud külje ülemisele osale tekitati nahapõletus ligikaudu 10% ulatuses kehapinnast. Põletus tekitati reguleeritaval temperatuuril +70°C 1 cm paksuse metallplaadiga, ekspositsiooniaeg 7 sekundit. Sulfasiinisalduse uurimiseks võeti kõikide küülikute kõrvaveenist 1 ml verd. Tund hiljem asetati üheksa küüliku põletushaavadele side 1%-lise hõbesulfasiinsalviga koguses 15 grammi, viie

küüliku põletushaavadele side dermasiinsalviga koguses 15 grammi. Uuringuks võeti 4, 24, 48, 72 tunni möödudes iga küüliku kõrvaveenist 1 ml verd, verele lisati hüübimise ärahoidmiseks 0,3 ml hepariini. Veres määrati üldise ja vaba sulfasiini sisaldus Brattoni-Marshalli meetodil (1). Uus kogus salvi (15 g) pandi põletushaavadele 24 ja 72 tunni pärast.

Tulemused ja arutelu. Vaba ja üldise sulfasiini sisaldus küülikute veres on toodud tabelites 1, 2, 3, 4.

Uurimistulemuste statistiline töötlus näitab järgmist. Kui 1%-lise hõbesulfasiinsalvi põletushaavale manustamisest on möödunud 24 tundi, on küülikute vere keskmine sulfasiinisaldus järgmine: vaba sulfasiini 1,982 µg/ml, üldist sulfasiini 3,733 µg/ml. Seega toimub 24 tunni jooksul ravimpreparaadi toimeainete pidev difusioon põletushaavast verre.

Kui põletushaavadele manustada 1%-list hõbesulfasiinsalvi 24-tunniste vaheaegadega korduvalt, ei ole vere sulfasiinisaldus lubatud suurem (12 µg/ml). Nii on vaba sulfasiini sisaldus veres 72 tundi pärast 1%-lise hõbesulfasiinsalvi põletushaavale manustamist 1,8 µg/ml ja üldise sulfasiini sisaldus 4,211 µg/ml. Järelikult ei kuhju ravimpreparaadi toimeained salvi korduval manustamisel katseloomade veres ega avalda organismisse toksilist toimet.

Tabel 1. Küülikute vere vaba sulfasiini sisaldus põletushaavade ravis 1%-lise hõbesulfasiinsalviga

Küüliku number	Aeg pärast ravi algust			
	4 t.	24 t.	48 t.	72 t.
1	1,6	3,1	8,9	3,3
2	1,7	3,3	1,0	2,0
3	1,3	2,2	1,7	1,4
4	1,1	1,4	1,2	2,2
5	4,8	1,4	1,2	1,4
6	0,8	1,7	1,7	1,7
7	3,9	1,5	13,8	1,8
8	3,2	1,8	0,5	0,9
9	2,6	0,9	1,3	1,5
Sulfasiini keskmine	2,333	1,982	3,477	1,8
konsentratsioon (µg/ml)	±1,380	±0,761	±4,642	±0,676

Tabel 2. Küülikute vere üldise sulfasiini sisaldus põletushaavade ravis 1%-lise hõbesulfasiinsalviga

Küüliku number	Aeg pärast ravi algust			
	4 t.	24 t.	48 t.	72 t.
1	0,9	2,3	10,6	7,2
2	3,4	5,8	3,9	2,3
3	1,7	1,8	1,6	2,6
4	3,6	2,2	11,6	5,8
5	1,9	1,8	2,4	1,8
6	1,8	7,6	1,4	5,7
7	9,3	5,7	12,4	7,6
8	2,3	2,2	5,1	4,2
9	1,8	4,2	3,3	0,7
Sulfasiini keskmine	2,966	3,733	5,811	4,211
konsentratsioon (µg/ml)	±2,521	±2,166	±4,460	±2,488

Tabel 3. Küülikute vere vaba sulfasiini sisaldus põletushaavade ravis dermasiinsalviga

Küüliku number	Aeg pärast ravi algust			
	4 t.	24 t.	48 t.	72 t.
1	1,3	1,8	2,95	1,55
2	1,32	1,55	2,6	2,46
3	1,3	1,7	2,85	1,52
4	1,2	1,4	2,4	2,2
5	1,3	1,7	2,97	1,57
Sulfasiini keskmine	1,284	1,630	2,754	1,846
konsentratsioon (µg/ml)	±0,547	±0,156	±0,246	±0,451

Tabel 4. Küülikute vere üldise sulfasiini sisaldus põletushaavade ravis dermasiinsalviga

Küüliku number	Aeg pärast ravi algust			
	4 t.	24 t.	48 t.	72 t.
1	0,85	1,0	2,0	1,0
2	1,1	1,1	2,15	1,55
3	1,0	1,2	2,2	1,0
4	0,87	1,0	2,0	1,0
5	1,0	1,2	2,2	1,1
Sulfasiini keskmine	0,964	1,1	2,11	1,13
konsentratsioon (µg/ml)	±0,103	±0,156	±0,102	±0,238

* Üldisest ehk verevalkudega seotud sulfasiini kogusest dissotsieerub vaba ehk aktiivne sulfasiini ühend.

Meie poolt tabelites 1, 2, 3, 4 esitatud katsetulemused on võrreldud S. Sano (3) andmetega, kes 24 tunni pärast sai dermasiinsalvi ühekordsel manustamisel valgetele hiirtele, kellele oli tekitatud nahapõletus 7% ulatuses kehapinnast, vaba sulfasiini sisalduseks 1,290 µg/ml. Meie katsetulemuste põhjal selgus, et 24 tundi pärast ravi algust sisaldas vaba sulfasiini dermasiinsalviga ravitud küülikute veres 1,630 µg/ml ja 1%-lise hõbesulfasiinsalviga ravitud veres 1,982 µg/ml.

Kirjanduses puuduvad andmed üldise* sulfasiini sisalduse kohta katseloomade veres, kui põletushaavade raviks on kasutatud 1%-list hõbesulfasiinsalvi.

Dermasiin- ja 1%-line kodumaine hõbesulfasiinsalv sarnanevad farmakoloogiliste toimeainete poolest, erinevad aga salviaaluse koostise ja osmootse aktiivsuse poolest: osmootne aktiivsus 1%-lisel hõbesulfasiinsalvil on 107... 136%, dermasiinsalvil 197... 320%. Mõlema salvi toimeaine, nimelt sulfasiini difusioon põletushaavast verre, on erinev, olles suurem 1%-lise hõbesulfasiinsalvi kasutamise (nelja tunni pärast oli üldist sulfasiini veres 2,966 µg/ml) ja väiksem dermasiini kasutamise korral (üldist sulfasiini veres 0,964 µg/ml).

Kokkuvõte. Kodumaist 1%-list hõbesulfasiinsalvi kui nüüdisaegset antibakteriaalset preparaati võib kasutada kliinilises praktikas põletushaavade raviks.

KIRJANDUS: 1. Brattion, A. C., Marshall, F. K. J. Biol. Chem., 1959, 128, 537—550. — 2. Fox, C. L. Arch. Surg., 1968, 96, 184—188. — 3. Sano, S. Burns, 1981, 8, 278—285.

A. Seppo nimeline Metallosteosünteesi Teadusliku Uurimise Laboratoorium ja Kliinik

Ülevaated

UDK [616.33-002.2/.44 + 616.342]-02(047)

Campylobacter pyloridis mao- ja kaksteistsõrmikuhaavandi ning kroonilise gastriidi korral*

Heidi-Ingrid Maaros · Tartu

krooniline gastriit, maohaavand, kaksteistsõrmikuhaavand, *Campylobacter pyloridis*

Kogu käesoleva sajandi jooksul on tehtud vaid üksikuid tähelepanekuid mao limaskestaga seotud bakterite kohta. Pöördeliseks selles uurimisvaldkonnas sai 1982. aasta, kui B. J. Marshall ja J. R. Warren isoleerisid mao limaskestast spiraalse bakteri. Uus mikroob sai nimeks *Campylobacter pyloridis*. Täna-seks on ilmunud hulgaliselt uurimusi tema liigilise kuuluvuse, omaduste, patogeensuse, esinemissageduse ja immunoloogiliste reaktsioonide kohta. Käesolevas artiklis antakse ülevaade *Campylobacter pyloridis*'ega tegelevate peamiste keskuste uurimistulemustest.

Ajaloolised andmed. Esmakordselt kirjeldasid inimese ja loomade maos leiduvat spiraalset bakterit möödunud sajandil G. Bizzozero ja H. Salomon. Käesoleva sajandi kolmekümnendatel aastatel kirjeldati selliseid baktereid 42%-l lahangul võetud preparaatidest ning 40%-l maoresektiooni materjalist (3, 17). Kahjuks unustati need tulemused aastakümneteks ning alles 1975. a. avastati spiraalsed bakterid uuesti, seekord skänneriva elektronmikroskoopia abil (25). 1979. aastal leidis J. R. Warren spiraalse bakteri maoantrumi limas-

kesta histoloogilistes lõikudes (27). Mikroobi täpsem uurimine algas 1982. aastal, kui mao limaskestast isoleeriti mikroaerofiilne ja gramnegatiivselt värvuv bakter (16, 19, 27).

Kampülobakterite klassifikatsioon ja omadused. Spiraalsetest bakteritest tuntakse vibrioone, spirille ning neist alles hiljuti eraldi rühma arvatud kampülobaktereid. Neid mikroobe on vaja eristada spiroheetidest, milleks maos leiduvaid baktereid varem peeti ning mis tõelised spiraalsed bakterid ei ole (17). Kampülobakterite hulka kuuluvad *Campylobacter jejuni*, *fetus* ja *coli*, mis on peamisteks kõhulahtisuse tekitajateks lastel (28). Nüüd tuntakse ka *Campylobacter pyloridis*'t, mida paljud autorid on nimetanud kampülobakterisarnaseks organismiks (2, 10, 11, 13, 20, 21). Eriarvamusi selle mikroobi nimetamisel tingib asjaolu, et kuigi *Campylobacter pyloridis* teiste kampülobakteritega DNA põhikoostiselt küll sarnaneb, on tal ometigi mitmeid erinevusi ning tema tõelist genotüüpi ei ole veel kindlaks tehtud (8). *Campylobacter pyloridis*'e kõige iseloomulikumaks omaduseks on ensüüm ureaasi produtseerimine. See omadus aga teistel kampülobaktereil puudub. Ureaasi toimel vabaneb toidu uureast ammoniaak, mis tagab mikroobile sobiva aluselise elukeskkonna. *Campylobacter pyloridis* on happe tundlik mikroob ja ureaasi tootmine võimaldab tal asuda hapest sisaldavas maos (6, 12). Varajasematel aastatel peeti mao limaskestast leitud ureaasi mao limaskesta rakkudest pärinevaks (4, 9, 15).

Campylobacter pyloridis'el on veel muidki tema olemasolu tagavaid ensüüme: katalaas kaitseb mikroobi fagotsütoosi eest, hemolüsiin vabastab erütrotsüütidest hemiini, mida kampülobakter kasutab kasvustimulaatoriks. Oma võime tõttu edasi liikuda viskoosses keskkonnas ei ole talle takistuseks ka mao limabarjäär, vaid, vastupidi, ta asub ja liigub just sellises keskkonnas (12). Limabarjäärist tungib ta intertsellulaarsetesse ruumidesse. Kuigi varem on arvatud, et *Campylobacter pyloridis*

rakkudesse ei tungi, on bakterit leitud parietaalrakus (2). Oma elutegevusega destrueerib kampülobakter parietaalrakku ning häirib tema funktsiooni, mistõttu neil haigeil kirjeldatakse ajutist akloorhüdroiat (2).

Campylobacter pyloridis on tundlik enamiku antibiootikumide, samuti selliste antibakteriaalsete preparaatide nagu metronidasooli suhtes. Kampülobakterile maos avaldab toimet vismut (7, 14). Erinevalt teistest kampülobaktereist on *Campylobacter pyloridis* resistentne nalidiksiinhappe suhtes (7).

Campylobacter pyloridis'e seos maohaigustega. Kampülobakterit leitakse inimesel maoantrumi limaskesta katvas limakihis. Mikroob asub seal vaid siis, kui esineb antrumigastriit, haigeil aga, kellel antrumi limaskest on normaalne, ei ole kampülobakterit selles piirkonnas leitud (11, 21). On ka arvatud, et *Campylobacter pyloridis*'t võib leiduda normaalsel korpuse limaskestal. Antrumigastriidi puhul või siis muudel seni veel teadmata põhjustel läheb ta üle antrumi limaskestale (21), kuid ka seal ei pruugi ta paikneda muutumatult. Näiteks on kirjeldatud kampülobakterite kadumist antrumi limaskestalt pärast maooperatsiooni, kui tekib tüsistusena refluksgastriit. Põhjuseks, miks kampülobakterid kaovad, peetakse sapphapete toimet mao limaskesta limabarjäärisse ning vesinikioonide difusiooni suurenemist. Happedundlik kampülobakter aga sellises keskkonnas ei püsi (20). Kaksteistsõrmikus *Campylobacter pyloridis*'t ei leidu, tema asumine sinna on võimalik vaid mao tüüpi näärmete metaplaasia korral kaksteistsõrmikusse (10).

Campylobacter pyloridis'e avastamisest peale on uurijaid huvitanud see, milline osa on temal gastriidi etioloogiliste tegurite hulgas. Eesmärgiga uurida tema toimet inimese mao limaskestasse korraldati katseid vabatahtlikel (14, 18). Mao limaskesta uuriti histoloogiliselt enne ja pärast bakterikultuuri sissevõtmist. Uurimisalustel tekkisid pärast *Campylobacter pyloridis*'e kultuuri sissevõtmist iiveldus, oksendamine,

täistunne ülakõhus, flatulents ja halb suulehk. Need nähud möödusid paari päeva jooksul. Maoantrumi limaskestas leiti kampülobaktereid ning lümfotsüütide ja polünukleaarsete leukotsüütide infiltratsiooni suurenemist. Uuringu ajal tekkis neil akloorhüdria. Kahe nädala möödumisel kampülobaktereid limaskestas ei leitud ning infiltratsioon oli kadunud (14, 18). Ometigi ei tõesta sellised uurimused kampülobakterite osa gastriidi, eriti kroonilise gastriidi patogeneesis. Üllatavalt sageli on *Campylobacter pyloridis*'t leitud kroonilise B-tüüpi gastriidi korral — 70...92%-l uurituist (6, 10, 11, 14, 22). Antrumigastriidiga seostatakse kampülobakteri esinemist ka kaksteistsõrmikuhaavandi (75...100%-l uurituist) (6, 14, 19, 26) ja maohaavandi (35...90%) korral (6, 19, 22, 26). *Campylobacter pyloridis*'t ei ole leitud A-tüüpi ehk immunoloogilise, pernitsioossele aneemiale iseloomuliku gastriidi juhtudel (17). Kampülobakterite leidu mao- ja kaksteistsõrmiksoolehaavandiga haigeil on püütud seosesse viia haavandite ägenemis- või remissioonifaasiga, kuid erinevust ei ole ilmenud (13). Mõlema haavandivormi korral väheneb kampülobakterite esinemisagedus vismutipreparaatidega ravimisel, ei muutu aga H₂-retseptorite blokaatoritega ravituil ega platseeborühmas (13, 14). Paljud autorid arvavad, et haavandite ravi antibakteriaalsete preparaatidega ei ole õigustatud, hoolimata kampülobakterite tundlikkusest nende ravimite suhtes, sest ei ole tõestatud, kas *Campylobacter pyloridis* haavandi tekkimisele ja püsimisele mõju avaldab või mitte (5, 6, 7, 17, 23).

Campylobacter pyloridis'e patogeensuse probleemi on püütud lahendada immunoloogiliste uuringute kaasabil. Haigetel, kellel mao limaskestas leiti kampülobakter, õnnestus maomahlas määrata IgA-antikehi ning vereseerumis IgA- ja IgG-antikehi kampülobakteri vastu. Vastureaktsioonina mikroobile tekivad seega nii lokaalne kui ka üldine immuunsus, mis bakterit küll ei likvideeri, kuid võib vähendada tema invasiivsust. Immunoloogiliste uurin-

gute tulemused võimaldavad *Campylobacter pyloridis*'t pidada oportunistlikuks mikroobiks (1, 11, 24).

Campylobacter pyloridis'e diagnoosimine.

1. Mikrobioloogiline uurimine. Mikroeroofiilset bakterit õnnestub mao limaskestast isoleerida erisöötmetel, millel ta kasvab helepruunide kogumitena, ning tema spetsiifilisuseks on ureaas-, katalaas- ja oksüdaas-positiivsus, resistentsus nalidiksiinhappe suhtes ja värvumine gramnegatiivselt (6, 16, 17, 27).

2. Histoloogiliste lõikude uurimine valgusmikroskoobis. Lõigud on värvitud hõbenitritiga Warthini-Starry meetodil. Kampülobakter asub epiteeli katvas limakihis epiteelirakkude läheduses ning on kõverate otstega kepikese sarnane (17, 20, 22, 24).

3. Luminestantsmikroskoopia (6).

4. Elektronmikroskoopia (2, 12).

5. Skanneeriv elektronmikroskoopia (22, 25, 26).

6. Kampülobakterite antikehade määramine maomahlas või vereseerumis (1, 11, 24).

Mikrobioloogiliste uuringute tulemusi on võrreldud histoloogilise leiuga ning mõlemal meetodil on leitud kampülobaktereid peaaegu võrdselt (6, 17). Rutiinset kliinilist kasutamist on leidnud kampülobakterite uurimine histoloogilistes lõikudes kui lihtne ja kättesaadav meetod (23).

Tulevikuperspektiivid. Kampülobakteri kohta on ilmunud hulgaliselt uurimusi, kuid ikka veel on raske kindlaks määrata tema kohta kroonilise gastriidi, mao- ning kaksteistsõrmikuhaavandi patogeneesis. Eelkõige seetõttu, et seni, kuni ei teata mao limaskestaga seotud bakterite esinemisagedust populatsioonis, ei saa ka hinnata tema osa haiguste tekkes. Võimalik, et uuringute jätkamisel see lünk täidetakse ning siis saaks ka peptilise haavandi kulu iseärasusi, retsidiveerumist, reageerimist erinevatele ravimeetodeile seoses kampülobakteriga täpsemalt hinnata.

KIRJANDUS: 1. Booth, L., Holdstock, G., MacBride, H. J. Clin. Pathol., 1986, 39, 215—219. —

2. Chen, X. G., Correa, P., Offerhaus, H. a. o. Am. J. Clin. Pathol., 1986, 86, 575—582. — 3. Doenges, J. I. Proc. Soc. Exp. Biol. Med., 1938, 38, 536—538. — 4. Glick, D. J. Natl. Cancer Inst., 1949, 10, 321—329. — 5. Glupczynski, Y., Jonas, C., DeReuck, M. a. o. Acta Gastroenterol. Belg., 1986, 49, 70—85. — 6. Goodwin, C. S., Armstrong, J. A., Marshall, B. J. J. Clin. Pathol., 1986, 39, 353—365. — 7. Goodwin, C. S., Blake, P., Blincow, E. J. Antimicrob. Chemother., 1986, 17, 309—314. — 8. Goodwin, C. S., Blincow, E. D., Warren, J. R. a. o. J. Clin. Pathol., 1985, 38, 1127—1131. — 9. Friesinger, F. S. Gut, 1963, 339—343. — 10. Johnston, B. J., Reed, P. J., Ali, M. H. Gut, 1986, 27, 1132—1137. — 11. Jones, D. M., Eldridge, J., Fox, A. J. a. o. J. Med. Microbiol., 1986, 22, 57—62. — 12. Hazell, S. L., Lee, A., Brady, L. a. o. J. Infect. Dis., 1986, 153, 658—663. — 13. Hui, W. M., Lam, S. K., Chau, P. Y. a. o. Gut, 1985, 26, A, 1117. — 14. Lambert, J. R., Dunn, K. L., Turner, H. a. o. Gastroenterology, 1986, 90, 1509. — 15. Maramba, S. Gastroenterology, 1966, 50, 657—664. — 16. Marshall, B. J. Lancet, 1983, 1, 1273—1275. — 17. Marshall, B. J. J. Infect. Dis., 1986, 153, 650—657. — 18. Marshall, B. J., Armstrong, J. A., McGeachie, D. B. a. o. Med. J. Aust., 1985, 142, 436—439. — 19. Marshall, B. J., Warren, J. R. Lancet, 1984, 1, 1311—1334. — 20. O'Connor, H. J., Wyatt, J. I., Dixon, M. F. a. o. J. Clin. Pathol., 1986, 39, 531—534. — 21. Peterson, W. L., Lee, E. L., Feldman, M. Gastroenterology, 1986, 90, 1585. — 22. Price, A. B., Levi, J., Dolby, J. M. a. o. Gut, 1985, 26, 1183—1188. — 23. Rathbone, B. J., Wyatt, J. I., Heatley, R. V. Gut, 1986, 27, 635—641. — 24. Rathbone, B. J., Wyatt, J. I., Worsley, B. W. a. o. Gut, 1986, 27, 642—647. — 25. Steer, H. W. J. Clin. Pathol., 1975, 28, 639—646. — 26. Steer, H. W. Gut, 1984, 25, 1203—1210. — 27. Warren, J. R. Lancet, 1983, 1, 1273—1275.

28. Чайка Н. А. Клини. мед., 1986, 8, 8—15.

TRÜ arstiteaduskonna teaduskonnasisehaiguste kateeder

* Väga paljudes ingliskeelsetes väljaannetes on kasutatud grammatiliselt vale vormi *Campylobacter pyloridis*, õige on *Campylobacterium pylori*. Käesolevas kirjandusülevaates, mis on koostatud ingliskeelsete kirjandusallikate põhjal, on kasutatud kirjandusallikates olevat vormi. Autor.

UDK [616.33-002+616.342]: 616-053.4/.5(047)

Duodenogastraalrefluks lastel mao- ja kaksteistsõrmikuhaiguste korral

Lea Boston · Tartu

duodenogastraalrefluks, sagedus, kliiniline pilt, diagnoosimine, ravi

Duodenogastraalrefluks ei ole iseseisev haigus, vaid see kajastab püloroduodenaalpiirkonna düskineetilisi häireid, pülooruse funktsionaalset või anatoomilist puudulikkust, mis on põhjustatud naaberelundite haiguste puhul esinevast patoloogilisest interoretseptioonist. Refluksi soodustab ka maos ja kaksteistsõrmikus olevate rõhkude mittevastavus või mainitud tegurite kombinatsioon (21, 26, 29, 33).

Duodenogastraalrefluksi osa mao- ja kaksteistsõrmikuhaiguste tekkes on paljude uurijate tähelepanu köitnud juba pikemat aega.

Osa autoreid peab seda organismi kaitsereaktsiooniks, mis tekib vastusena suure peptilise aktiivsusega maomahla sattumisele kaksteistsõrmikusse (16, 31, 34). Enamik aga arvab, et mao limaskest saab kahjustada duodenaalmahla tagasivoolu korral makku (7, 8, 10, 14, 16, 18, 21, 32). Tekivad gastriit ja duodeniit (1, 5, 17, 28) ning areneb isegi haavandtõbi (23, 25, 27, 30, 32, 33, 35). On ka arvamusi, et duodenogastraalrefluks võib olla füsioloogiline (4, 6, 9).

Duodenogastraalrefluksi esinemissagedus täiskasvanuil on mao- ja kaksteistsõrmikuhaiguste korral 33,5...67% (17). Kroonilise gastriidi korral on seda sedastatud 47...98%-l, kroonilise gastroduodeniidi korral 45...85,7%-l ja maohaavandi korral 47,9...100%-l haigetel. Seoses kirurgilise raviga sageneb duodenogastraalrefluks veelgi (1, 6, 13). Seevastu praktiliselt tervetel esineb seda ainult 0,5...15,5%-l juhtudest.

Andmed duodenogastraalrefluksi esinemissageduse kohta on pediaatrikirjanduses kasinad, gastroduodenaalsete

patoloogiliste muutuste korral leidub seda endoskoopiliste uuringute alusel 21,5%-l lastest (33). R. Filimonovi ja K. Sirokova järgi esineb duodenogastraalrefluksi noorukitel püloorusehaavandi ägenemise faasis ja erosiivse bulbiidi puhul 82,7%-l juhtudest (34).

Duodenogastraalrefluksi etioloogilisteks teguriteks lastel on:

1) pülooruse kaasasündinud või omandatud talitlushäire, mis on põhjustatud Auerbachi põimiku degeneratiivsetest muutustest, haigestunud elundeilt pärit vistseroastseraalsetest refleksidest (33) või pülooruse kontraktsioonivõime nõrgenemisest (21);

2) kaksteistsõrmiku talitlushäire, mis on tingitud kesknärvisüsteemi või ka kaksteistsõrmiku innervatsiooni rikundumisest (29);

3) kaksteistsõrmiku kontraktiilsuse suurenemine (4);

4) pankreaseenõre ja sapi sekretsiooni suurenemine (2, 3);

5) soolhappe ja pepsiini sekretsiooni suurenemine ja bikarbonaatide ning amülaasi sekretsiooni vähenemine (15, 24).

Suurem osa klinitsiste arvab, et gastroduodenaalpiirkonna ning sapipõie ja sapiteede evakuaator-motoorse talitluse häire ja põletikuliste muutuste tõttu tekkinud duodenogastraalrefluks põhjustavad mao limaskesta edasist kahjustumist ning süvendavad seal funktsionaal-strukturaalseid häireid (22, 23, 33). Kahjustub eeskätt mao antraalosa ning sekundaarse gastroduodeniidi põhjuseks on sapphapete agressiivne toime mao limaskestasse.

Mao- ja kaksteistsõrmikuhaiguste puhul lastel esinevat duodenogastraalrefluksi on kirjeldanud A. Mazurin ja kaasautorid (28), kes on uurinud reflukspüloriidi teket kaksteistsõrmikusisaldise tagasivoolu korral makku.

Arvatakse, et duodenogastraalrefluks on üks sagedamaid kroonilise gastriidi patogeneetilisi tegureid (1, 7, 18, 33, 34), mille puhul arenevad nii pindmine kui ka atroofiline antraalgastriit. Enne gastriidi üleminekut krooniliseks sedastatakse duodenogastraalrefluksi juhtu-

del mao limaskesta verevarustuse häiret, mis soodustab gastriidi teket (24). Samuti on selle refluksi korral leitud mao limaskestas immunoglobuliinide IgA, IgE, IgD ja IgM sisalduse suurenemist, mis näitab põletiku arengut (12).

B. Apostolovi ja I. Melnikova andmeil sedastati 68%-l duodenogastraalrefluksi all kannatavatest lastest endoskoopiliselt pindmine levinud gastriit, 28%-l segagastriit, millega kaasnes atroofiline antraalgastriit, 4%-l lastest erosiivne gastriit (19). Kaksteistsõrmikuhaavandi ägenemise juhtudel esines duodenogastraalrefluks 69%-l ja remissioonifaasis 12%-l haigetest. Arvatakse, et haavandi algusperioodil on refluksi mittepüsiv tegur, mis haavandi ägenemise korral muutub aga pidevaks ja mida leidub ka haavandtõve remissiooniperioodil (23, 34). Haavandtõve remissioon on duodenogastraalrefluksi juhtudel lühiajaline, see tingibki haiguse krooniliseks muutumise.

A. Abakumova, uurinud kroonilise gastroduodeniidi ning haavandtõve all kannatavate laste mao- ja duodenaalmahla valke diskelektroforeesimeetodil polüakrüülamiidgeelil, täheldas nende foregrammide peaaegu täielikku identisust, mis on neil haigeil duodenogastraalrefluksi olemasolu tõestuseks (16).

Umbes veerandil haavandihagetel ja kroonilise gastroduodeniidiga haigetel on duodenogastraalse ja gastroösofagealse refluksi kombinatsioon (25). Sageli eelneb duodenogastraalrefluks gastroösofagealsele. Viimase tekkes etendavad oma osa maomahla hüperatsiidus, maosisese rõhu tõus ja söögitoru alumise sfinkteri toonuse nõrgenemine.

Duodenogastraalrefluksi kliinilises pildis täheldatakse tavaliselt düspeptilist ja valusündroomi (19, 20, 27, 35). Kliinilis-anamnestiliste andmete alusel võivad lastel ülekaalus olla düspepsianähud (õhk- ja hapud röhitised ja iiveldus, harvem kõrvetised ning sapisegune okse). Valud tekivad hoogudena, nende teke ei sõltu söögiaegadest ega ka toidu koostisest. Mõnikord vallanduvad need pärast kehalist koormust ja neuropsüühilist stressi. Valud lokaliseeruvad epi-

gastriumi ja parema roidekaare aluses piirkonnas (19).

Objektiivsel uurimisel ilmneb kõrge-
nenud erutuvus, väsimus, sagedad pea-
valud ja söögiisu vähenemine. Vanemas
koolieas on tüüpilised vegetodüstoonia-
nähud, nagu pulsi ja arteriaalse rõhu
labiilsus, hüperhidroos, punane püsiv
dermografism. Mõnikord on sedastatud
ka skleerade subikteerilisust. Kõhu pal-
peerimisel tunneb haige valu epigast-
riumi ja parema roidekaare aluses piir-
konnas (20).

Maomahla pideval fraktsioneeritud
uurimisel ilmnevad iseloomulik hüper-
sekretsioon, basaalsekretsiooni pH lan-
gus ning basaal- ja stimuleeritud frakt-
siooni tunnipingetõus. Samuti on suu-
remal osal lastel sappi maomahla kõig-
is portsjonites (35).

Duodenogastraalrefluksi korral ilm-
nevad järgmised endoskoopilised tunnu-
sed: mao limaskestast ja lima värvumine
rohekaskollaseks, limaskestast hüperee-
mia (difuusne), pidev rütmiline kaks-
steistsõrmikulisaldise regurgitatsioon
läbi pülooruse sfinkteri, mis on visuaal-
selt jälgitav (19, 20, 23, 28, 29, 33). Sa-
geli on võimalik endoskoopiliselt diag-
noosida duodeniiti, harvem kaksteist-
sõrmikuhaavandit (35).

Röntgenoloogiliselt leitakse maos ve-
delikku, mille hulka uuringu vältel suu-
reneb (35). Mao toonus on langenud.
Peristaltika on elav, segmenteeriv, see
võib vahelduda maoatooniaga. Komp-
ressioonil täheldatakse ümmargusi või
ovaalseid täitumisdefekte — need on
kroonilise põletiku tunnused. Pülooru-
sekanal on avatud laialt, maovoldid lä-
hevad sinna üle. Bulbus tühjeneb kii-
rest. Pärast refluksi on kontrastaine
liikumine aeglane.

Kaksteistsõrmik on normaalse lai-
suga, sfinkterite kohal esinevad spas-
mid. Alumises horisontaalosas võib ilm-
neda kontrastaine seisus. Refluks tekib
ootamatult: kas kaheetapiliselt (peetus
bulbuses) või üheetapiliselt (maku).
Kaksteistsõrmikus on sageli lima ja
vedelikku, limaskestavoldid on jämedad
ning deformeerunud.

Duodenogastraalrefluksi diagnoosi-

mine on pediaatriapraktikas raskenda-
tud. Vaatamata diagnoosimeetodite
rohkusele, mis lubavad refluksi nii kva-
litatiivselt kui ka kvantitatiivselt ise-
loomustada, pole need kasutatavad laste
uurimiseks.

B. Apostolov ja kaasautorid soovita-
vad diagnoosimiseks peale anamneesi
ja kliinilise pildi maomahla pidevat
fraktsioneeritud uurimist ning endo-
skoopiat, sealhulgas kromogastroskoo-
piat kongo punase 0,3%-lise vesilahu-
sega (19, 20).

G. Schmidt ja kaasautorite arvates
on kõige usaldusväärsemaks duodeno-
gastraalrefluksi diagnoosimise meeto-
diks hepatobiliaarne sekvent-stsinti-
graafia (11). G. Ivanov ja M. Štšelko-
nogov on sel puhul soovitanud kasutada
fibrogastroskopiit ja sapphapete koost-
ise kromatograafilist määramist (27).
Osa autoreid on aga piirdunud endo-
skoopilise uuringuga (23, 28, 29, 33).

Kui mao- ja kaksteistsõrmikuhaigu-
sele kaasub duodenogastraalrefluks, on
näidustatud rasvavaene dieet. Kasutada
tuleb sapiajateid, kaksteistsõrmiku düs-
kineesiat likvideerivaid vahendeid (tse-
rukaali, reglaani), mao limaskestast kait-
sevõime taastumist soodustavaid prepa-
raate (komplamiini, karbenoksolooni),
mao limaskestas kaaliumi- ja magnee-
siumivaegust ning vesinikioonide taga-
sidifusiooni likvideerivaid vahendeid
(panangiini, karbenoksolooni) ning hü-
posensibiliseerivaid ravimeid (17, 20,
22). Maomahla hüperatsiidsuse korral
on kasutusel ka antatsiidid (23, 31).

Seega gastroduodenaalrefluks on sei-
sund, millega kaasnevad mao- ja kaks-
steistsõrmikuhaigused, eriti sageli aga
duodeniit. Refluks ühelt poolt rasken-
dab nende haiguste kulgu, teiselt poolt
põhjustab diagnoosimiskursi ja vä-
hendab ravi efektiivsust. Diagnoosimi-
sel on peale anamneesi ja kliinilise
pildi kindlasti vajalik ka endoskoopii-
line uuring.

KIRJANDUS: 1. Bielecki, K. Pol. Tyg. Lek.,
1979, 34, 709—710. — 2. Dimagno, E. P., Hend-
ricks, J. C., Go, V. L. W. a. o. Dig. Dis. Sci.,
1979, 24, 9, 689—93. — 3. Keane, F. B., Dimag-
no, E. P., Dozois, R. R. a. o. Gastroenterology,

1980, 78, 2, 310—316. — 4. Keane, F. B., *Dimagno, E. P., Malagelada, J. R.* Duodenogastric Reflux in Humans. *Gastroenterology*, 1981, 81, 4, 726—31. — 5. Koelsch, K. A. *Dtsch. Z. Verdau. Stoffwechselkr.*, 1978, 38, 125—135. — 6. Müller-Lissner, S. A., Fimmel, C. J., Sonnenberg, A. a. o. *Gut*, 1983, 24, 6, 510—518. — 7. Niemelä, S. *Scand. J. Gastroenterol.*, 1985, 20, (suppl.), 115, 56. — 8. du Plessis, D. J. *Lancet*, 1965, 7933, 974—978. — 9. Rees, W. D. W., Go, V. L. W., *Malagelada, J. R.* *Gut*, 1979, 20, 963—970. — 10. Rhodes, J. *Gastroenterology*, 1972, 63, 171—172. — 11. Schmidt, G. F., Schneider, J., Bauer, H. Im: *Nichtresezierende Ulcuschirurgie*. Berlin, 1980, 199—201. — 12. Slaoni, H. *J. Med. Lyon*, 1978, 59, 343—348. — 13. Tolin, R. D., Malmud, L. S., Stelzer, F. *Gastroenterology*, 1979, 77, 5, 1027—1033. — 14. Thompson, D. G. *Br. Med. J.*, 1982, 284, 845—846. — 15. Vantrappen, G. R., Peeters, T. L., Janssens, J. *Scand. J. Gastroenterol.*, 1979, 14, 6, 663—667.

16. Абакумова А. М. *Вопр. охр. мат.*, 1980, 10, 38—42. — 17. Акимов Н. П., Бацков С. С. *Тер. арх.*, 1982, 54, 4, 137—139. — 18. Акимов Н. П., Орлов А. В., Персианов А. А. В кн.: *Редкие и труднодиагностируемые заболевания органов пищеварения*. Дониш, 1977, 23—25. — 19. Апостолов Б. Г., Мельникова И. Ю. *Педиатрия*, 1986, 3, 36—38. — 20. Апостолов Б. Г., Новик А. В., Алексеевко В. П. и др. *Вопр. охр. мат.*, 1978, 23, 11, 10—13. — 21. Витебский Я. Д. *Сов. мед.*, 1974, 9, 86—92. — 22. Волосников Д. К. *Педиатрия*, 1983, 10, 51—52. — 23. Зернов Н. Г., Сурикова О. А., Остроухова И. П. *Педиатрия*, 1978, 3, 26—29. — 24. Геллер Л. И., Алпатова Э. А., Глинская Г. П. *Физиол. человека*, 1975, 5, 882—885. — 25. Геллер Л. И., Геллер А. Л., Петренко В. Ф. *Клин. мед.*, 1984, 62, 1, 99—104. — 26. Грищук В. К. *Клинико-рентгенологическое исследование при дуоденогастральном рефлюксе*. Автореф. канд. дисс. мед. наук. М., 1982. — 27. Иванов Г. Г., Щелконогов М. А. *Тер. арх.*, 1983, 55, 2, 86—87. — 28. Мазурин А. В., Барчунов Б. Н., Запруднов А. М. и др. *Педиатрия*, 1975, 3, 6—12. — 29. Макаров В. П. В кн.: *Всероссийский съезд детских врачей*. 6. Тезисы. Горький, 1981, 285—286. — 30. Мыш В. Т., Обут Г. А. *Тер. арх.*, 1983, 55, 2, 88—89. — 31. Саакян А. Г., Шварц В. Я., Шагина Л. В. и др. *Клин. мед.*, 1978, 56, 11, 42—47. — 32. Соколов Л. К., Терентьев Н. М., Воцанова Н. П. *Тер. арх.*, 1976, 3, 63—66. — 33. Сурикова О. А., Зернов Н. Г. *Педиатрия*, 1978, 3, 29—32. — 34. Филимонов Р. М., Широкова К. И. *Клин. мед.*, 1981, 59, 3, 56—58. — 35. Филиппкин М. А., Иорданов К. С. В кн.: *Ренгенодиагностика заболеваний двенадцатиперстной кишки у детей*. Ставропольск, 1980, 109—134.

TRÜ arstiteaduskonna pediaatria
kateeder

UDK 616.72-002 : 576.851.49(047)

Jersinioosne artriit

Leo Päi · Tartu

reaktiivsed artriidid, klassifikatsioon, jersinioosne artriit, kliiniline pilt, diagnoosimine

Edusammud fundamentaalsete ja kliiniliste uuringute alal on tunduvalt laiendanud senist ettekujutust reumaatilistest haigustest ning põhjustanud uute haigusterühmade defineerimist. See peegeldus 1985. aasta üleliidulisel reumatoloogide kongressil vastuvõetud reumaatiliste haiguste klassifikatsioonis ja nomenklatuuris.

Suurt huvi pakuvad reaktiivsed artriidid. See haigusterühm kuulub infektsioonist põhjustatud artriitide hulka. Erinevalt otseselt haigusetkitajast tingitud infektsioosetest artriitidest, mil tekitaja on sedastatav kas vereseerumis või liigeseõones, ei ole reaktiivse artriidi korral, vaatamata selle ilmsele seosele infektsiooniga, võimalik tekitajat liigeseõones avastada (3).

Reaktiivsete artriitide rühma kuuluvad: 1) enterokoliidijärgsed artriidid (šigelloosist, jersinioosist, salmonelloosist põhjustatud); 2) urogenitaalse geneesiga artriidid (välja arvatud Reiteri sündroom ja gonorröa); 3) pärast kurgu- ja neeluinfektsiooni tekkinud artriidid; 4) pärast muude nakkushaiguste põdemist tekkinud artriidid; 5) vaktsineerimisjärgsed artriidid (3).

Väärrib tähelepanu D. C. Dumonde'i poolt (5) pakutud reaktiivsete artriitide klassifikatsioon (vt. tabel 1).

Peab siiski nõustuma A. Belinski (11) arvamusel, et reaktiivse artriidi mõiste nõuab veel täpsustamist.

Reaktiivsete artriitide tundmine on aga vajalik, sest sageli diagnoositakse nende asemel reumatoidartriiti või, vastupidi, peetakse reumatoidartriiti reaktiivseks artriidiks. Nii ühel kui ka teisel juhul põhjustab see viivitust ravi alustamisega, soodustades haiguse krooniliseks muutumist. Suure osa reak-

Tabel 1. Põletikuliste artriitide klassifikatsioon (15)

Artriidi vorm	Haigust tekitav mikroob	Mikroobid, antigeenid liigeses	Haigus	Immunoregulatsioonidefektid	Immuno-geneetilised tegurid
Infektsiosne	Stafülokokk Streptokokk <i>Neisseria</i> 'd <i>Salmonella</i> 'd ja teised	Jaa	Septiline artriit	Ei	Ei
Parapostinfektsiosne	Meningokokkid Retroviirus B-hepatiidi-viirus	Jaa	Infektsioos-artriit Panarteriit	Ei	
Reaktiivne	A-streptokokkid <i>Yersinia</i> 'd Klamüüdiad Mükoplasmaid <i>Klebsiella</i> 'd	Ei	Reumaatiline palavik Jersinioosne artriit Reiteri sündroom Spondülartriit Anküloseeriv artriit	Ristreaktsioon autoloogiliste koe-antigeenidega	
Krooniline põletikuline		Ei	Krooniline polü-artriit Süsteemne erütematoosne lupus	Multiipel Autoallergia Pärsijate defekt C ₃ b-retseptorite defekt	HLA HLA DW4

tiivsete artriitide korral, mis on põhjustatud soole- või urogenitaalsüsteemi nakkustest, esineb haigel koosobivus-antigeen HLA B27 ja see võib avalduda kliiniliselt eeskätt Reiteri sündroomina (11). Osal aga, näiteks jersinioosel artriidil, pole selle seose olemasolu tõestatud. Et lühiülevaates ei ole võimalik käsitleda kõiki reaktiivsete artriitide ilminguid, piirdume jersinioosel artriidi kirjeldamisega, sest see artriidi liik on meie vabariigis veel vähe tuntud.

Yersinia pseudotuberculosis'e, mis on küllalt laialt levinud, avastasid 1833. aastal Prantsusmaal L. Mallassez ja W. Virginal (9), seda on täpsemalt kirjeldanud C. G. Eberti (6). Tekitajad on võimelised elama nii mullas kui ka elusorganismides. Nendel on kahekordne isoensüümide komplekt, mis võimaldab mikroobi elu mitmesugustel temperatuuridel, nii temperatuuril +4° C kui ka +37° C. *Yersinia pseudotuberculosis* võib eksisteerida nii saprofüüdina kui ka parasiidina. Sellisel tekitaja omadusel on suur epidemioloogiline tähtsus, sest ta on võimeline paljunema ka külmutusseadmetes ja külmkappides temperatuuril +4° C. Neisse võib mikroob sattuda näiteks kas või koos

kergelt mullase juurviljaga. *Yersinia pseudotuberculosis*'e nakkavus ei ole suur, inimese infitseerimiseks on vajalik küllalt suur hulk mikroobe. Mikroob säilib toiduainetes nädalaid või kuid. On tundlik päikesekiirguse, kuivamise, kõrge temperatuuri ja mõningate antibootikumide suhtes. Linnades ilmneb jersinioosi levikus mõningane sesoonsus, haigus levib rohkem sügiseti ja hiliskevadel. *Yersinia enterocolitica* ja *Yersinia pseudotuberculosis* põhjustavad kliiniliselt ning patoanatomiliselt niivõrd sarnaseid nähte, et räägitakse lihtsalt jersinioosist (10). Jersinioosid on juba vanad haigused, kuid neile ei ole küllaldaselt tähelepanu pööratud, sest neid on peetud muudeks haigusteks.

Nad on levinud kõikidel kontinentidel, meil peamiselt Kaug-Idas, Lääne-Siberis ja Kasahstanis (Дальневосточная скарлатиноподобная лихорадка). Jersiiniad on suure ökoloogilise eluvõimega, tabades hulga imetajaid, enamasti närilisi, kuid haigestuda võivad samuti suuremad loomad (näiteks sead), nakatuda võivad ka linnud; tekitab episootiaid. Inimene nakatub peamiselt enteraalset teel (2).

Inkubatsiooniaeg kestab 3...18 päeva, haigus kulgeb ilma prodromaalperioodita. Haigus algab tavaliselt ägedalt — peavalu, külmavärinad, üldine nõrkus, lihasevalu, liigesevalu, ülemiste hingamisteede katarri, mitmesuguse lokaliseerimisega düspeptiliste kaebustega (näiteks kõhuvaludega). Palavik tõuseb, lühiaegselt isegi 38...40° C-ni, kehatemperatuur võib aga olla ka subfebriilne (10). Nahalöövet esineb 87%-l haigetest. Olgugi et jersinioos on põhiliselt seedetrakti infektsioon, esineb rohkesti ka ekstraintestinaalseid vorme, kliiniline pilt on väga kirju. Näitena võib tuua L. Avtsõni ja A. Žavoronkovi töös esitatud tabeli (10). Et kliinilised nähud on mitmekesised, siis on rohkesti ka eri vorme (kerge, keskmine ja raske). Letaalsus on 0,04%. Haigusele kaasuvad sageli nodoosne erüteem, iridotsükliit, lümfadenopaatia, vaskuliidid, ilmnevad erituseelsete põletiku nähud (17).

Osajuhudel võib haiguse kestus algstaadiumis olla lühike ja haiget vähe häiriv. Nii on kirjeldusi (4) haigete kohta, kellel on haiglasse saabumisel ainult nodoosse erüteemi nähud (3), mis tekivad mõni päev pärast lühikest aega kestnud kõhulahtisust (12). N. Jekissenina kaasautoritega (12), analüüsinud andmeid 54 hospitaliseeritu kohta, mainib, et kehatemperatuur oli 34-l neist 38...40° C, 13-l subfebriilne ja seitsmel normaalne, kusjuures pooltel kestis palavik alla kolme päeva. Pooltel haigetel esinesid intoksikatsioon, peavalu, halb enesetunne. 74% kannatas kõhuvalu ja kõhulahtisuse all. Samasuguseid andmeid on ka teiste autorite töödes (16), kusjuures on mainitud ka sagedat lööbe esinemist. Lööbed tekivad tavaliselt 3...5. haiguspäeval ja kaovad keskmiselt 4,5 päeva pärast. Kliiniliste nähtude poolest eristatakse haiguse ikteerilist, allergilist ja katarraalset vormi. Kaheksal haigel, keda uurisime ajavahemikul 1982...1986 ja kellel oli haiglasse suunamise ajal diagnoosiks reumatoidartriit, esinesid eranditult katarraalne ja allergiline haigusvorm, mille anamnees oli

tüüpiline lühikest aega kestvale kergele vormile.

Artriidid on sagedad jersinioosi kaasnähud (17). G. Juštšenko arvates moodustavad need 18...20% reumaatilistest artriitidest (17). Kliiniliselt on jersinioossed artriidid reumaatiliste artriitide sarnased. Tavaliselt kahjustub 2...4 liigest, kuid vahel esineb ka polüartriidi pilt kõikide liigeste põletikuga. Ehkki artriidi põdemise aeg võib kesta 4...5 kuud, vahel isegi aasta (17), võib haigus osal juhtudel muutuda krooniliseks, meenutades kulult reumatoidartriiti (1). Kui haigus progresseerub, tekivad märkimisväärsed humoraalse immuunsuse muutused, mis on tugevamad gastroenterokoliitilise, apendikulaarse ja artriitilise variandi korral (6). Arvatakse, et suurt osa humoraalse immuunsuse patogeneesis etendavad nn. ristireageerivad antigeenid (7).

Haigus diagnoositakse tüüpilise anamneesi, eespool kirjeldatud kliiniliste nähtude ja seroloogilise leiu alusel.

Tabel 2. Jersinioosi põhilised vormid (pseudotuberkuloos, kliiniline jersinioos) ja tüsistused

Vormid	Tüsistused
I. Abdominaalne (umbes 50%)	
Apendikopaatiad, apenditsiit kaasa arvatud Mesadeniit (Masshoffi haigus)	Diarröa
Terminaalne ileiit	Koldeline või difuusne peritoniit. Kõhukelme liited
Gastroenteriit	Soolesulgus, kaasa arvatud invaginatsioonid
Enterokoliit	Soolestiku perforatsioon
Hepatiit	Kollatõbi
Pankreatiit	Sõlmjas erüteem
Glomerulonefriit	Septitseemia
II. Sarlakitesarnane (umbes 35%), sealhulgas Kaug-Ida sarlakitetaoline palavik	
	Pneumoonia
III. Artralgiiline (umbes 10%), sealhulgas Reiteri sündroom	
	Väljendunud hemorraagiline sündroom
	Sõlmjas erüteem
	Septitseemia
	Pneumoonia
	Sõlmjas erüteem
	Septitseemia
IV. Pühkunud või latentne vorm (umbes 5%)	

sel. Määratakse *Yersinia enterocolitica* tiiter seerumis. See on märgatavalt tõusnud — 1 : 320, 1 : 160 (4). Koprokultuuri külv *Yersinia* suhtes on tavaliselt positiivne üksnes haiguse algul (8). Huvitavad on andmed (10) antikehade tiitri määramise kohta sünoviaalvedelikus ja vereseerumis neil, kellel kuus nädalat pärast haigestumist oli artriit retsidiveerunud. Neil oli antikehade tiiter vereseerumis 1 : 160, sünoviaalvedelikus puudus, koproloogilise uuringu vastus oli negatiivne. Seroloogiline reaktsioon võib positiivsena püsida pikemat aega, kuni kaks aastat (12).

Jersinioosse artriidi varajane diagnoosimine on väga oluline, sest tekitaja on tundlik tetratsükliini, levomütsetiini, streptomütsetiini, biseptooli, kanamütsetiini suhtes (12, 15, 17). Eriti on soovitatav manustada tetratsükliini suurtes annustes pikka aega ja seda just haiguse algstaadiumis, mille tulemusena võib haige tervistuda. Antibiootikumkuur kestab umbes kaks kuud. Hilisstaadiumis, kui autoimmuunne reaktiivsus on juba välja kujunenud, on antibiootikumravi tulemused tagasihoidlikumad (10). Mõned autorid on seisukohal, et hilisstaadiumis võib jersinioosne artriit omandada reumatoidartriidi kulu jooni ja isegi reumatist võib muutuda positiivseks. Artriidi ravis rakendatakse analoogiliselt reumatoidartriidi sümptomaatilise raviga tavalisi võtteid, mille puhul kandvat osa etendavad mittesteroidsed põletikuravimid (näiteks indometatsiin) kombineerituna hormoonpreparaatidega.

P. Novikov kaasautoritega (14), analüüsinud jersinioosi epidemioloogilist olukorda Minskis, mainib, et kliiniline diagnoos erines polikliinilisest pooltel juhtudel. Oma igapäevases töös puutume jersinioosiga nähtavasti kokku sagedamini, kui seda diagnoosina fikseeritakse. Kui haiguse generaliseerunud või ikteerilise vormi korral puutume kokku kliiniliselt mitmekesise sündroomiga, siis katarraalse vormi korral (P. Novikovi ja kaasautorite (14) järgi 10,3%-l haigetest) on sündroom kliiniliselt varajane ja ilmneb 3...4 päe-

va jooksul. Et artriitiline sündroom võib kaasuda igale vormile, tuleb suu-remat rõhku panna anamneesile, silmas pidades nii üldnähte kui ka gastroenteroloogilisi sündroomi. Senisest enam tuleb rõhku panna ka seroloogiliselt määratavale diagnoosile.

Reaktiivsete artriitide, sealhulgas jersinioosse artriidi varajane diagnoosimine ja ravi võimaldavad ära hoida kroonilise staadiumi väljakujunemise. Kahjuks jääb veel selgusetuks, miks krooniline artriit osal haigetel välja kujuneb, osal aga mitte. Arvatakse, et selles protsessis omavad tähtsust koesobivusantigeenid, seda näib kinnitavat ka HLA B27 koesobivusantigeen postinfektsioosse anküloseeriva spondülartriidi väljakujunemisel.

KIRJANDUS: 1. Ahvonen, P., Sievers, K., Aho, K. Acta Rheumatol. Scand., 1969, 15, 232—253. — 2. Aldová, E., Larničkova, K., Belechova, S. a. o. Cesk. Epidemiol. Microbiol. Immunol., 1973, 22, 264—273. — 3. Bultmann, B., Beck, J., Schwabe, K. u. o. Münch. med. Wochenschr., 1981, 4, 135—138. — 4. Deicher, H. Münch. med. Wochenschr., 1981, 49, 1878—1884. — 5. Dumonde, D. C. Infection and immunology in the rheumatic diseases. London, 1976. — 6. Eberth, C. G. Fortschr. Med., 1885, 3, 319. — 7. Ebringer, A. New Sci., 1978, 79, 865—867. — 8. Larsen, A. A. Scand. J. Rheumatol., 1975, 4, 225—231. — 9. Mallassez, L., Vignal, W. Arch. Physiol., 1833, 2, 3, 69.

10. Авцын Л. П., Жаворонков А. А. Арх. патол., 1980, 5, 4—13. — 11. Беленский А. Г. Ревматология, 1986, 4, 58—65. — 12. Екисенина Н. И., Кружк Л. И., Ющенко Г. Ю. и др. Тер. арх., 1980, 52, 11, 20—22. — 13. Знаменский В. А., Вишняков А. К. Воен. мед. ж., 1967, 3, 52—56. — 14. Новиков П. Л., Зубрицкий П. К., Тихонова Н. А. Ревматология, 1986, 4, 26—30. — 15. Ремезов А. П. В кн.: Диагностика и лечение инфекционных болезней. Л., 1982, 91—96. — 16. Романова Е. И., Ценева Г. Я. Клин. мед., 1983, 12, 113—116. — 17. Ющенко Г. В. Актуальные вопросы эпидемиологии и клиники иерсиноза. Обзорная информация медицины и здравоохранения. Серия 4, эпидемиология, вирусология и инфекционные заболевания. М., 1984.

TRÜ arstiteaduskonna hospitaalsihaiguste
ja tuberkuloosi kateeder

UDK 616.12-005.4 : 616.127(047)

Müokardi kontraktiilne funktsioon ja selle reservvõimalused tervetel ning südame isheemiatõve all kannatajail

Kai Saks · Tartu

eelkoormus, kontraktiilsus, järelkoormus

Südamelihase põhiliseks funktsiooniks on pumbafunktsioon, s. t. võime tagada vere adekvaatne liikumine vere-soontes. Mõnevõrra tinglikult võime vaadelda eraldi pumbafunktsiooni kahte komponenti, nimelt kontraktiilset ja kronotroopset funktsiooni. Kontraktiilset funktsioonist võib omakorda eristada kontraktiilsust.

Kahtlemata on selline jaotamine tinglik, sest ühe elundi kõik funktsioonid on omavahel tihedalt seotud ja vastastikku mõjutavad. Nii kodu- kui ka välismaise kirjanduse andmeil ei ole siiani ühtset arusaama müokardi funktsiooni eespool nimetatud aspektidest ning tihti tarvitatakse mõningaid neist sünonüümidena. Müokardi kontraktiilset funktsiooni iseloomustavate näitajatena kasutatakse tavaliselt järgmisi: löögimaht, minutimaht, väljutusfraktsioon, pingumis- ja väljutusfaasi kestus ning nende omavaheline suhe, rõhu tõusu kiirus südamevatsakeses (21, 28).

Müokardi kontraktiilse funktsiooni regulatsioon on mitmekesine ja keerukas, autonoomsed kontrollmehhanismid põimuvad tsentraalse juhtimisega. Võib eristada kolme põhilist tegurite rühma, mis reguleerivad müokardi kontraktiilset funktsiooni: eelkoormus (vene k. преднагрузка, ingl. k. *preload*), kontraktiilsus (vene k. сократимость, ingl. k. *contractility*) ja järelkoormus (vene k. постнагрузка, ingl. k. *afterload*) (1, 27).

Eelkoormuse all mõistetakse eelkõige südamevatsakeste täitumisastet diastoli lõpul. Enam kasutatavad parameetrid eelkoormuse iseloomustamiseks on va-

saku südamevatsakese diastoli lõpumaht ja diastoli lõpurõhk (9). Franki-Starlingi seaduse kohaselt suurendab südamevatsakeste ulatuslikum verega täitumine automaatselt müokardi kontraktiisoonijõudu (14). Südamevatsakeste adekvaatse täitumise eeltingimuseks on diastoolse lõögastusperioodi piisav kestus. On kindlaks tehtud, et südame löögisageduse suurenemisel lüheneb diastol märksa rohkem kui süstol (9, 25). Teatud löögisageduse korral võib see endaga kaasa tuua südamevatsakeste täitumise häireid. Nii ongi mitmed uurijad leidnud, et südame löögisagedus ja vasaku vatsakese diastoli lõpumaht on omavahel negatiivses seoses (2, 6).

Südame isheemiatõve all kannatajail võib diastoli lõpumaht olla suurenenud nii rahuolekus kui ka koormustesti korral (8). Ühelt poolt on see kompensatoorne reaktsioon — Franki-Starlingi mehhanism aitab isheemilisel müokardil säilitada vajalikku löögimahtu. Teisest küljest võib diastoli lõpumaht suurenedada süstoli lõpumahu arvel ning olla südamevatsakese puudulikkuse tunnuseks. Kompensatoorset diastoli lõpumahu suurenemist esineb üksnes siis, kui südame löögisagedus on mõõdukalt suurenenud (11).

Südamevatsakeste täitumine sõltub peale ajalise determineerituse veel vatsakeste lõtvumise astmest. Südame isheemiatõve korral on vatsakeste lõtvumine tihti häiritud (26), kusjuures müokardi lõtvumise puudulikkus avaldub üldjuhul enne kontraktiilse funktsiooni nõrgenemist (3, 10).

Kontraktiilsuse all mõistetakse südamelihase kontraheeruvate elementide (müofibrillide) kvantitatiivseid omadusi (27). Kontraktiilsust iseloomustatakse vatsakesesisese rõhu suurenemise ja selle tuletiste kaudu isomeetrilise kontraktiisooni ajal; ekstrapoleeritud näitajana kasutatakse koormamata müofibrillide lühenemise maksimaalset kiirust (21, 28). Müofibrilli anatoomilist ja funktsionaalset seisundit piiritlevad eelkõige südame neurohumoraalne regulatsioon ja koronaarverevarustus. Sümpaatilise närvisüsteemi aktiivsuse tõu-

suga kaasneb kontraktiilsuse suuremine, kuid siiski teatud piirini. Ülemäärane noradrenaliini hulk mõjub südame lihaskiududele kahjustavalt. Katehoolamiinide liigse kontsentratsiooni korral on kahjustav toime müokardisse eriti tugev neerupealisest pärit katehoolamiinidel. Parasümpaatilise närvisüsteemi toonuse suurenemisel müokardi kontraktiilsus väheneb (29, 30).

Koronaarverevool tagab müofibrilide ainevahetuse tasakaalu. Verevool südame pärgarterites toimub eelkõige diastoli ajal. Hapniku transpordi reserv koronaarsüsteemis on väga väike, sest hapniku osarõhk koronaarses venooses veres on madal. Müokardi suurenenud hapnikuvajadust saab rahuldada eelkõige koronaarverevoolu suurendamisega. Koronaarperfusioonile on iseloomulik hästi arenenud autoregulatsioon, tihe seos metaboolse aktiivsuse ja südame inotroopsuse vahel (30).

Südame isheemiatõve juhtudel on müokardi kontraktiilsus sageli vähenenud. Põhjustena tulevad arvesse käsitletud regulatsioonimehhanismidest nii koronaarverevarustuse häired kui ka vegetatiivse närvisüsteemi düsregulatsioon (30).

Järelkoormuse all mõistetakse rõhku, mis tuleb ületada selleks, et verd vatsakesest väljutada (27). Järelkoormust iseloomustavad vatsakese suurim seinasisene pinge, samuti ka arteriaalne rõhk ja veresoonte üldine perifeerne takistus (9). Järelkoormuse mõju südamelihasele on kahesugune. Esiteks, südame homöomeetrilise regulatsiooni printsibi kohaselt suurendab vere väljutusele avalduva vastupanu tõus müokardi kontraktsioonijõudu (24). Teiseks, järelkoormuse suurenemisel väheneb südame töö efektiivsus, ekvivalentse hulga vere väljutamine nõuab rohkem tööd. Mitme uuri ja andmeil (7, 12) põhjustab järelkoormuse pidev suurenemine kontraktiilse funktsiooni langust, sest müokardi energeetilised ja kompensatoorsed reservid ammenduvad.

Toodud põgusast ülevaatest selgub, et müokardi kontraktiilset funktsiooni

mõjutavaid tegureid on hulgaliselt. Samal ajal on suhteliselt hästi välja arenenud kompensatsioonivõimalused juhuks, kui mõnes lülis tekivad patoloogilised muutused. Just seetõttu võib müokardi kontraktiilne funktsioon rahuolekus olla normaalne isegi ilmsete patoloogiliste muutuste korral.

Inimese igapäevase tegevuse juures peab süda adekvaatselt reageerima väga erinevatele tingimustele: kehaasendile, kehalisele koormusele, emotsionaalsele pingele, külmale. Järelikult peab südame organismi rahuolekus olema potentsiaalne võimalus suurendada oma tööd. Organismi suurenenud verevajadusi saab süda rahuldada minutimahu suurendamisega. Südame minutimahu dünaamika koormustesti korral on paljude uurijate poolt tunnustatuimaks müokardi kontraktiilse funktsiooni reservi hindamise kriteeriumiks (4, 13). Südame minutimahu juurdekasv koormuse ajal (kõrvuti rahuoleku väärtustega) on vereringe tüüpide (hüpokineetiline, eukineetiline, hüperkineetiline) eristamise aluseks (17, 19, 22). Sellise käsitluse puhul peetakse primaarseks organismi perifeersete piirkondade adekvaatset verega varustamist.

Südame enese töö ökonoomsust arvestades peaks hindama minutimahu kumagi komponendi, löögimahu ja löögisageduse dünaamikat eraldi. Südame minutimahu suurenemist löögimahu suurenemise arvel võib müokardi bioenergeetika aspektist pidada märksa ökonoomsemaks kui minutimahu suurenemist löögisageduse suurenemise arvel (16, 20). Ekvivalentse minutimahu saavutamise väiksema löögimahu ning suurema löögisageduse korral nõuab suuremaid energeetilisi kulutusi, samuti halveneb koronaarperfusioon, sest lüheneb summaarne diastoolne aeg.

Tervetel inimestel suureneb südame löögimaht südamevatsakese süstoli lõpmahu vähenemise tõttu, s. t. suureneb väljutusfraktsioon (8). On selge, et löögimaht saab suurenedä üksnes teatud piirini: piiravateks teguriteks on vatsakese maht ja venoosse vere naasu suurus. Pärast maksimaalse löögimahu

saavutamist võib minutimaht suurenda üksnes löögisageduse suurenemise arvel. Mida rohkem suudab süda löögi- mahtu koormuse puhul (adekvaatse minutimahu korral) suurendada, seda ökonoomsem on südame töö. Mida ökonoomsem aga on südame töö, seda kauem suudab süda rahuldada perifeeria suurenevaid vajadusi. Seda aspekti silmas pidades on õigustatud müokardi kontraktiilse funktsiooni reservvõimaluste hindamine löögimahu dünaamika alusel. Autor on välja töötanud müokardi kontraktiilse funktsiooni reservvõimaluste hindamise kriteeriumid, mille aluseks on südame löögiindeksi dünaamika veloergomeetrilise koormustesti ajal (25).

Südame isheemiatõve all kannatavatel haigetel võib müokardi kontraktiilne funktsioon tervikuna kaua aega olla normaalne. Kuigi südamelihase reageerib hapnikunäljale kiirelt kontraktiilse vähenemisega, on muutus regionaarne, vastab kahjustatud veresoone lokaliseerimisele. Selline kontraktiilse vähenemine võib olla koguni kompensatoorse laadi, säilitamaks müokardi energetilist ökonoomsust (23). Südamelihase kahjustamata piirkond kroonilise isheemiatõve korral hüpertrofeerub (15), seega ei pruugi müokardi kontraktiilne funktsioon tervikuna halveneda, eriti rahuolekus. Koormuse ajal süveneb isheemia südamelihases, samuti ammenduvad kompensatoorsed võimalused. Müokardi kontraktiilse funktsiooni reserv on südame isheemiatõve juhtudel tavaliselt vähenenud (5, 25).

Müokardi kontraktiilse funktsiooni reservvõimalused on seda väiksemad, mida ulatuslikum on pärgarterite kahjustus. See väide kehtib uuritud haigeterühma kohta keskmiselt. Samal ajal on aga teada, et individuaalsed erinevused võivad olla suured (5). Adekvaatse ravi ning profülaktikameetmete määramiseks peaks igal südame isheemiatõve all kannatajal kindlaks tegema nii pärgarterite kahjustuse astme kui ka müokardi kontraktiilse funktsiooni reservvõimalused.

KIRJANDUS: 1. Awan, N. A., Mason, D. T. Herz, 1982, 7, 3, 133—139. — 2. Buonanno, C., Arbustini, E., Rossi, L. a. o. Eur. Heart J., 1982, 3, 6, 525—528. — 3. Dougherty, A. H., Naccarelli, G. V., Gray, E. L. a. o. Am. J. Cardiol., 1984, 54, 7, 778—782. — 4. Edmunds, A. T., Godfrey, S., Tooley, M. Clin. Sci., 1982, 63, 2, 107—113. — 5. Hellmann, C. K., Schmidt, D. H., Anholm, J. In: Noninvasive cardiovascular diagnosis. Littleton — Massachusetts, 1981, 381—388. — 6. Mc Cans, J. L., Parcer, J. O. Circulation, 1973, 48, 775—785. — 7. Ohlsson, O., Henningsen, N. C. Acta Med. Scand., 1982, 212, 5, 329—336. — 8. Peter, C. A., Jones, R. H. J. Nucl. Med., 1980, 21, 12, 1131—1138. — 9. Ross, G. In: Essentials of Human Physiology. Chicago — London, 1979, 96—243. — 10. Rousseau, M. F., Pouleur, H., Detry, J.-M. R. a. o. Circulation, 1981, 64, 4, 736—743. — 11. Vojacek, J., Hannan, W. J., Muir, A. L. Eur. Heart J., 1982, 3, 3, 212—222. — 12. Wilson, J. R., Reichel, N., Dunkman, W. B. a. o. Am. J. Med., 1981, 70, 2, 234—239.

13. Альхимович В. М. Методические особенности реографического исследования резервов сократительной функции миокарда. Автореф. дисс. канд. мед. наук, Минск, 1977. — 14. Браунвальд Е., Росс Дж., Зонненблик Е. Х. Механизмы сокращения сердца в норме и при недостаточности. М., 1974. — 15. Голиков А. П., Чарчоглян Р. А., Левшунов С. П. и др. Кардиология, 1985, 3, 10—15. — 16. Граевская Н. Д. Влияние спорта на сердечно-сосудистую систему. М., 1975. — 17. Гундаров И. А., Пушкарь Ю. Т., Константинов Е. Н. Тер. арх., 1983, 4, 26—28. — 18. Данильченко М. А., Литвинцев В. П. Врачб. дело, 1985, 2, 67—69. — 19. Дзизинский А. А., Черняк Б. А., Куклин С. Г. и др. Кардиология, 1984, 2, 68—73. — 20. Дмитриева Н. Г. Ударный и минутный объемы левого желудочка у спортсменов в состоянии покоя и в восстановительном периоде после мышечной деятельности. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Тарту, 1977. — 21. Елизарова Н. А., Пушкарь Ю. Т., Тверская Л. В. и др. Бюлл. ВКНЦ АМН СССР, 1980, 1, 39—44. — 22. Лаане Э. Я., Руга В., Рийв Я. Я. Тер. арх., 1984, 12, 55—57. — 23. Мазаев В. П., Матвеева Л. С., Лупанов В. П. и др. Кардиология, 1982, 2, 26—33. — 24. Меерсон Ф. З. В кн.: Руководство по кардиологии. Т. 1. М., 1982, 112—143. — 25. Сакс К. К. Неинвазивное определение резервных возможностей сократительной функции миокарда у больных ишемической болезнью сердца. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Л., 1986. — 26. Стяжкин В. Ю. Особенности диастолического левого желудочка при кардиомиопатиях и ишемической болезнью сердца. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1985. — 27. Трубецкой А. В. В кн.: Руководство по кардиологии. Т. 1. М., 1982, 101—111. — 28. Хеймец Г. И. Бюлл. ВКНЦ АМН СССР, 1980, 1, 56—59. — 29. Швалев В. Н. Нервная система и заболевания сердца. М., 1983. — 30. Швацабая И. К. Ишемическая болезнь сердца. М., 1975.

TRÜ arstiteaduskonna sisehaiguste propedeutika kateeder

UDK 616.127-005.8-08(047)

Südamelihase kapillariseerimise stimuleerimine ja armistumise mõjutamine müokardiinfarkti korral

Maido Uusküla · Tartu

müokardiinfarkt, südamelihase vaskularisatsioon, armistumine

Kõige tähtsam ägeda müokardiinfarkti ravis on nekroosikolde ulatuse piiramine ja eluvõimelise lihaskoe säilitamine. Peaaegu kõik nüüdisaegses kardioloogias kasutusel olevad intensiivravimeetodid, nagu trombolüüs, angioplastika, kirurgiline revaskulariseerimine, tagavad soovitud tulemuse haiguse varajases staadiumis. Sama kehtib ka hemodünaamikat stabiliseeriva, südame mehhaanilist koormust ja hapnikutarbimist vähendava ravi kohta β -blokaatorite, kaltsiumiantagonistide, nitratite kasutamise korral. Kui infarkti algusest on möödunud 15...20 tundi, siis nimetatud ravimeetodid väljakujuneva nekroosi suurust oluliselt enam ei mõjuta.

Siinjuures vajab märkimist, et hilinenud hospitaliseerimist esineb küllalt sageli. Nii saabus haiglaravile kuni 6 tunni jooksul valu algusest ainult 32%, 6...12 tunni jooksul 17%, pärast 24 tundi 36% ajavahemikul 1982...1985 Tartu ja muudesse Lõuna-Eesti raviasutustesse hospitaliseeritud müokardiinfarktihaigetest. Kuidas konservatiivne ravi ja varajane füüsiline rehabiliteerimine võivad müokardiinfarktihaigel mõjutada nekroosikolde suurust, armistuva südamelihase ja sellega piirneva ala verevarustust ning regeneratsiooni antud haiguse, eriti aga hilinenud hospitaliseerimise korral, selles seni veel täit selgust ei ole.

Artiklis ei peatu me lähemalt abi hilinemise põhjustel, milleks võivad olla haige otsustusaeg, infarkti atüüpiline kulgu, organisatoorsed põhjused jm., küll aga käsitleme konservatiivse ravi ja

varajase füüsilise rehabiliteerimise seoseid põhiliselt eksperimentaaltööde alusel, sest taolisi kliinilisi uuringuid on veel vähe.

Südamelihaserakud — kardiomyotsüüdid — kaotavad üldjuhul oma regenererumisvõime mõni kuu pärast sündi. Teatud tingimustes, südamelihase termilise või isheemilise kahjustuse korral, on kodade kardiomyotsüütides täheldatud desoksüribonukleiinhappe sünteesi ja mitoosi. Vatsakeste kardiomyotsüütides seda aga täheldatud ei ole. Sellele räägib vastu järgmine asjaolu. 29. haiguspäeval eemaldati vasaku vatsakese aneurüsm kirurgilisel teel ning nekrootilist südamelihase operatsioonipreparaati uuriti histomorfoloogiliselt. Preparaadis leiti kohati regeneratiivse proliferatsiooni tunnustega kardiomyotsüüte (16). Seega ei kujuta nekroosikolle tõenäoselt endast homogeenset kahjustust, vaid seal on saarekestena osaliselt säilinud kardiomyotsüüte, mis sarnaselt perinekrootilise ala rakkudega võivad säilitada prolifererumisvõime. Nekroosikoldes puuduvad tingimused raku tõeliseks regeneratsiooniks isegi kardiomyotsüütide intensiivse hüperplaasia olemasolul ja tundub, et sidekoelise armkoe moodustumine on ainuvõimalik südamelihase nekroosi paranemise vorm (29).

Kõrvuti armkoe moodustumisega tekib nekroosiala ümbritsevas lihaskoes kardiomyotsüütide hüpertroofia, mis võib osaliselt kompenseerida nekroosist tingitud südame pumbafunktsiooni nõrgenemist. Vasaku vatsakese eksperimentaalinfarkti korral tekib kompensatoorne hüpertroofia samas vatsakeses ainult suhteliselt väikese nekroosikolde korral. Kui infarkt on ulatuslik, siis kompensatoorset hüpertroofiat ei teki (22). Vasaku vatsakese infarkti korral võib kompensatoorselt suureneda ka parem vatsake. Kui eksperimentaalinfarkti kolle moodustab roti vasaku vatsakese massist 40%, siis parem vatsake suureneb ühe kuu jooksul kuni 30%, tema sein muutub 17% paksemaks ja kardiomyotsüüdid on tavalistest 13% suuremad. Samal ajal suureneb parema

pärgarteri valendik 33%, kapillaaride tihedus aga väheneb 27%, mistõttu säilinud lihaskoe verevarustus kokkuvõttes siiski halveneb (1). Pole selge, kuidas parema vatsakese hüpertroofia võiks kompenseerida vasaku vatsakese puudulikkust inimesel. Vasaku vatsakese lihaskoe kompensatoorsel hüpertroofial on kindlasti täita teatud osa müokardiinfarkti kolde paranemisel, kuid väljakujuneva nekroosi ulatuse seisukohalt ei saa seda protsessi medikamentooselt oluliselt mõjutada.

Üks südame pumbafunktsiooni ja ühtlasi ka haiguse prognoosi parandamise suundi müokardiinfarktihaigel on isheemilisse periinfarkti alasse ja nekroosikoldesse uute veresoonte kasvu ja täisväärtusliku armkoe moodustumise stimuleerimine.

Täiskasvanu normaalses südames täheldatakse kapillaaride uutmoodustumist (neoformatsiooni) ainult sel juhul, kui vähendada hapniku osarõhku sissehingatavas õhus. Seda on täheldatud ka kehalise treeningu puhul (9), kusjuures kehaline koormus suurendab südamelihase kapillarisatsiooni eriti noortel katseloomadel (13). Müokardi isheemia korral algab uute kapillaaride areng kiiresti: juba 36 tundi pärast pärgarteri ligeerimist on võimalik jälgida nähtavate kollateraalveresoonte teket, mis on kõige intensiivsem viiendal katsepäeval (18). Uue kapillaari kasv algab veresoone sisekesta rakkude prolifererumise ja migreerumisega vaskulariseeritavas koesse. Moodustub endoteelirakkude pung, mis edasisel arengul kanaliseerub. On küll leitud, et kapillaaride limiteeritud kasv on võimalik ka ilma endoteelirakkude prolifererumiseta, kasv aga lakkab tavaliselt kahe päeva pärast (23). Algimpulsi endoteeliraku prolifererumiseks, liikuma hakkamiseks ja sealt kapillaari uutmoodustumiseks annab mingi angiogeneetiline faktor, kusjuures endoteliaalraku vabastamiseks teiste rakkude kogu- ja basaalmembraanist läbiminekuks on vajalik proteolüütiliste ensüümide, eelkõige plasmiini osavõtt, viimane tekib vereplasma plasminogee-

nist aktivaatorite toimetel (4, 25). Kapillaaride uutmoodustumist esilekutsuvate angiogeneetiliste faktorite seas peetakse olulisteks südame isheemiatõve ja müokardiinfarkti korral tekkivat lihaskoe hüpoksiat, endoteeli basaalmembraani struktuursete komponentide (kollageen, fibronektiin, laminiin) ja anaeroobse ainevahetuse ajal tekkivate mediaatorite (adeniin, adenosiin) ning nende degeneratsiooniproduktide toimet (7, 12). Kui selliste faktorite kontsentratsioon südamelihase mingis osas suhteliselt suureneb, siis hakkavadki selles suunas migreeruma kapillaaride endoteelirakud ja alguse saab uue veresoone moodustumine.

Tingituna sellest, et südamelihase nekroosikolle ja sealt resorbeeruv denatureerunud valk on müokardiinfarktihaigel antigeenselt kehavõõras, vallandub organismis immuunreaktsioon ja immuunsüsteemi rakulised elemendid kogunevad nekroosi piirkonda. Katsed on näidanud, et monotsüütidel ja makrofaagidel on angiogeneetiline toime vaid aktiveeritud seisundis ja/või kleepununa veresoone seinale. Müokardiinfarkti korral ongi leitud, et isheemilise nekroosi tingimustes kleepuvad monotsüüdid kapillaari seinale (12). Arvatakse, et *in vivo* tingimustes nende migreerumisel ekstravasaalsesse koesse muutuvadki monotsüüdid angiogeneesi stimulaatoriks (11).

Lisaks sellele produtseerivad aktiveeritud makrofaagid plasminogeeni aktivaatorit, mis, nagu eespool mainitud, soodustab kapillaari endoteeliraku liikuma hakkamist nekroosikolde suunas (25), samuti stimuleerivad makrofagaalsed ja monotsütaarsed mediaatorid fibroplaasiat, kollageeni sünteesi ja koe regeneratsiooni (10, 27). Angiogeneetilised faktorid võivad pärineda ka aktiveeritud T-lümfotsüütidest (2, 15), ülekaalukalt T-abistajarakkude subpopulatsioonist (19). Huvitav on see, et müokardiinfarktihaigel nekroosikoldest valmistatud ekstrakt on tugeva kapillaaride kasvu stimuleeriva toimega. Seda aga ei saa seostada ainuüksi nekrootilise koe degeneratsiooniproduktide toi-

mega, sest ekstrakti kromatograafilisel puhastamisel on saadud homogeenne angiogeneetiline fraktsioon, mis oma füüsikalis-keemiliste omaduste poolest on sarnane kasvajate koest eraldatud angiogeneetilise faktoriga. Normaalsest südamelihasest valmistatud ekstraktil uute veresoonte kasvu stimuleerivad toimet ei olnud (12). Arvatakse, et selline südamelihase nekroosikoldest vabanev angiogeneetiline faktor etendab teatud osa organismi autoregulatsioonis, mis immunogeneetilise tagasiside põhimõttel tagab infarkticolde optimaalse regeneratsiooni ja armistumise.

Nüüdisajal ei ole veel lõplikult selge, millised võimalused on meditsiini käsutuses, et medikamentooselt või muul viisil stimuleerida neid organismis endas vallanduvaid angiogeneesi ja koe regeneratsiooni reguleerivaid mehhanisme müokardiinfarkti ravis. Üheks võimaluseks näib kujunevat õigesti korraldatud varajane füüsiline rehabilitatsioon. Kapillaaride arvu suurenemist südamelihases on konstateeritud eksperimentaalinfarkti korral tehtud kroonilises katses, milles rakendati nii ujumist (13) kui ka jooksmist (8, 20).

Oluline näib olevat õigesti valitud koormus. Nii leiti, et nekroosikoldega piirnevas lihaskoes oli kapillaaride arv ja nende suhe müofibrillide arvu väiksem kui terves lihaskoes. Arv ja suhe normaliseerusid ainult juhul, kui katseloomad jooksid alates seitsmendast infarktijärgsest päevast nelja nädala vältel 5 kuni 10 km. Kui kogukilomeetria oli kas suurem või väiksem, siis sellist normaliseerumist ei tekkinud (20). Varajase aktiveerimise kasuks räägivad ka töö tulemused, kui isegi koronaarligatuuri asetamise päeval alustatud (kestus 60 minutit) ja 7 päeva, 90 minutit päevas, kestnud kehalise koormuse korral ei täheldatud nekroosikolde laienemist, aneurüsmi väljakujunemisel vasaku vatsakese seinaga õhenevate ega intramuralsete hemorraagiatega või ruptuuride sagenemist (8).

Asjaolu, et treenitud südamele on omane bradükardiline frekvents ja et samal ajal on südamelihase kapillaar-

istik hästi arenenud, tingis vajaduse uurida bradükardia toimet veresoonte arengusse. Selgus, et bradükardiline elekterstimulatsioon (55% normaalsest sagedusest) suurendab katselooma südamelihases kapillaaride arvu tunduvalt juba 10 päeva kestnud katses, see saavutas 70%-lise tõusu kolm kuni neli nädalat kestnud bradükardia korral. Sealjuures südamelihase hüpertrofeerunud, s.t. kapillaaride arvu suuremine oli tõeline, mitte hüpertroofiale kaasuv (9). Arvatakse, et bradükardilise südametegevuse korral on veresoonekonna terminaalses perfusioonis intensiivsem, mis on tingitud diastoli pikenedusest. Sarnaselt õigesti määratud kehalise treeninguga stimuleerib see kapillaaride kasvu südames.

Mitmed uurijad on selgitanud eri toimemehhanismiga koronaardilataatorite mõju kapillaaride uusmoodustumise intensiivsusele südamelihases, sest veresoonte areng sõltub peamiselt koronaarvereringes liikuvast vere hulgast. Kui veeni manustati adensiini (vasodilatatsioon seotud kaltsiumipumba mõjutamisega) ja ksantiini derivaati HWA285 (fosfodiesteraasi blokaator), suurenes koronaarvereringlus 40%, millest tingituna suurenes kapillaaride tihedus vastavalt 27% ja 18% (24). Et kapillaaride kasv tõesti sõltub vasodilatatsioonist, seda kinnitavad erineva ründepunktiga vasodilataatorite võrdlevad uuringud. Näiteks saadi eespool tooduga sarnased tulemused, kui uuriti adensiini ja ksantiini toimet võrdlevalt prasosiini toimega, mis α -blokaatorina kutsub esile vasodilatatsiooni mitmes elundis ja skeletilihastes, kuid mitte südamelihases. Leiti, et prasosiini toimel suurenes kapillaaride arv skeletilihastes, südamelihases seda aga märgata ei olnud (9).

Kapillaaride tiheduse suurenemist eksperimentaalinfarkti korral on märgatud ka teiste koronaardilataatorite kasutamisel. Eriti soodustab kapillaaride uusmoodustumist südamelihases dipüridamool (13, 17, 26). Eksperimentaalinfarkti korral dipüridamooli kasutamine neli kuni kuus nädalat stimu-

leerib südamelihases ja ka granulatatsioonkoos kapillaaride arvu suurenemist tunduvalt, kusjuures elektronmikroskoopiliselt leitud kapillaaride arvu suhe müofibrillide arvu suureneb kuni 24% (26). Kapillaaride arvu suurenemisele eelneb veresoonte endoteelirakkude intensiivne proliferatsioon dipüridamooli toimel (17). Tundub, et dipüridamooli võib kasutada müokardiinfarkti ägedas staadiumis, kui nekroosikolle on formeerunud ja puuduvad ebastabiilse koronaarpuudulikkuse tunnused. Sellisel juhul on selle ravimi perinekrootilise ala verevarustust halvendav toime (nn. varastamise efekt) tõenäoliselt vähene, ülekaalus aga on vere reoloogilisi omadusi parandav ning uute veresoonte kasvu stimuleeriv toime.

Tingituna hepariini kasutamisest müokardiinfarkti ravis pakub huvi vaadelda tema võimalikku osa kapillaaride uusmoodustumisel südamelihases. On kindlaks tehtud, et hepariin ise ei stimuleeri angiogeneesi, see toime avaldub ainult koos mingi angiogeneetilise faktoriga. Hepariini antagonist protamiin pidurdab angiogeneesi. Bakteriaalse fermentatsiooni teel saadud hepariini-fragmentidel on kapillaaride kasvasse erisugune toime. Osa fragmente, näiteks heksasahhariid, avaldab koos kortikosteroididega manustamisel angiogeneesi pidurdavat toimet (5, 14). Tõsi küll, need uuringud on tehtud mitte eksperimentaalinfarkti tingimustes, vaid kapillaaride kasvu uurimisel katseloomade silma sarvkestast või kanaembrüo mudelil, mistõttu ei saa veel otsustada hepariini osa üle südamelihase kapillaaride kasvu mõjutamises infarkti korral.

Kapillaaride kasvu stimuleerimise arutelu lõpetuseks tuleb mainida, et esimesed uued kapillaarid ilmuvad nekroosipiirkonda koos makrofaagide ja teiste mononukleaarsete rakkude invasiooniga ning nekroosikolde vaskulariseerimisest on enamasti armkoos arenemine (12). Iseeneslikult kulgeva armistumise ajal on granulatatsioonkoos tekkes oluline granuloosüütide, mono-

nukleaarsete rakkude ja histiotsüütide kooskõlastatud tegevus nekroosikolde. Ainult siis toimub optimaalsel tasemel nekrootiliste kudede autolüüs, mille ajal vabanevad laguproduktid ja mediaatorid stimuleerivad omakorda endoteelirakkude ja fibroblastide prolifererumist, kollageeni moodustumist. Kogu protsess on immuunkompetentsete rakkude kontrolli all tagasiside põhimõttel (28).

Teatud paranemisjärgus võib hapnikurikka vere sattumine nekroosikoldeesse mõjutada armkoe kvaliteeti, kuna isegi optimaalsetes tingimustes tehtud trombolüüs ei taga kogu nekroosiala verevarustuse taastumist. Seetõttu mõjutab reperfusioon ka seda müokardiala, mis on osaliselt nekrootiline. Ka küllalt varakult alustatud trombolüütiline ravi — 2 kuni 7 tundi valu algusest — põhjustab müokardi hemorraagiat enamikul ägeda infarkti juhtudel (6).

Uurinud koortel kahe pärgarteri ligeerimise teel tekitatud eksperimentaalnekroosi paranemist reperfusiooni korral — neli tundi pärast ligeerimist avati üks arter —, leiti samuti müokardis hulgaliselt hemorraagiaid (21). Mainituga sarnastes tingimustes küülikutel tehtud uuringud näitavad, et reperfusioonijärgselt kujunenud armkoe vastupidavus tugeva tõmbe suhtes oli vähenenud, kuid füsioloogilistes piirides tehtud mehhaanilise tugevuse proovid ei näidanud erinevust reperfusioonist mõjutamata nekroosikoldega võrreldes (3). On kindel, et õigeaegne trombolüütiline ravi vähendab nekroosi ulatust, kuid tema mõju armistumisele ei ole veel lõplikult selge.

Südamelihase vaskulariseerimine ja armkoe täisväärtuslikkus mõjutavad küllaltki oluliselt müokardiinfarkti prognoosi, mistõttu uuringuid nende protsesside mõjutamiseks tuleb pidada perspektiivseteks.

KIRJANDUS: 1. *Anversa, P., Beghi, C., McDonald, S. L. a.o. Am. J. Pathol.*, 1984, 116, 3, 504—513. — 2. *Auerbach, R. Lymphokines*, 1981, 4, 69—88. — 3. *Connelly, C. M., Vogel, A. M., Wiegner, A. W. a.o. Circul. Res.*, 1985, 57, 4, 562—577. — 4. *Folkman, J. Lab. Invest.*, 1984,

51, 6, 601—604. — 5. Folkman, J. *Perspect. Biol. Med.*, 1985, 29, 1, 10—36. — 6. Fujiwara, H., Onodera, T., Tanaka, M. a.o. *Japn. Circul. J.*, 1985, 49, 6, 649—652. — 7. Glaser, B. M., Kalebic, T., Garbisa, S. a.o. In: *Development of the vascular system*. London, 1983, 150—162. — 8. Hochman, J. S., Healy, B. J. *Am. Coll. Cardiol.*, 1986, 7, 1, 126—132. — 9. Hudlicka, O., Wright, A. J. A., Ziada, A. M. A. R. *Prog. Appl. Microcircul.*, 1984, 4, 16—27. — 10. Hunt, T. K., Knighton, D. R., Thakral, K. K. a.o. *Surgery*, 1984, 96, 1, 48—54. — 11. Koch, A. E., Polverini, P. J., Leibovich, S. J. *J. Leukocyte Biol.*, 1986, 39, 2, 233—238. — 12. Kumar, S., Shahabuddin, S., Haboubi, N. *Lancet*, 1983, 2, 8346, 364—368. — 13. Ljungqvist, A., Tornling, G., Unge, G. *Prog. Appl. Microcircul.*, 1984, 4, 9—15. — 14. Long, W. F., Williamson, F. B. *Med. Hypotheses*, 1984, 13, 4, 385—394. — 15. Lutty, G. A., Liu, S. H., Prendergast, R. A. *Invest. Ophthalmol. Visual Sci.*, 1983, 24, 12, 1595—1601. — 16. Masuda, H., Kanda, M. *Arch. Pathol. Lab. Med.*, 1984, 108, 4, 287—292. — 17. Mattfeldt, T., Mall, G. *Cardiovasc. Res.*, 1983, 17, 4, 229—237. — 18. Pasyk, S., Schaper, W., Schaper, J. a.o. *Am. J. Physiol.*, 1982, 11, 6, 1031—1037. — 19. Polakowski, I. J., Wroblewski, T., Fijalkowska, A. *Arch. Immunol. Ther. Exp.*, 1985, 33, 6, 837—840. — 20. Przyklenk, K., Groom, A. C. *Can. J. Physiol. Pharmacol.*, 1984, 62, 6, 630—633. — 21. Roberts, C. S., Schoen, F. J., Kloner, R. A. *Am. J. Cardiol.*, 1983, 52, 5, 610—614. — 22. Rubin, S. A., Fishbein, M. C., Swan, H. J. C. *J. Am. Coll. Cardiol.*, 1983, 1, 6, 1435—1441. — 23. Sholley, M. M., Ferguson, G. P., Seibel, H. R. *Lab. Invest.*, 1984, 51, 6, 624—634. — 24. Ziada, A. M. A. R., Hudlicka, O., Tyler, K. R. a.o. *Cardiovasc. Res.*, 1984, 18, 12, 724—732. — 25. Thompson, W. D., Campbell, R., Evans, T. J. *Pathol.*, 1985, 145, 1, 27—37. — 26. Tornling, G. *Acta Pathol., Microbiol. Immunol. Scand.*, A, 1982, 90, 4, 269—271. — 27. Wahl, S. M., Wahl, L. M. *Cell. Immunol.*, 1985, 92, 2, 302—312.

28. Малая Л. Т., Пилипенко В. А., Автандилов Г. Г. и др. *Сов. мед.*, 1984, 4, 16—23. — 29. Румянцев П. П. *Процессы пролиферации и дифференцировки в гистогенезе миокарда и при его экспериментальных изменениях. Автореф. дисс. доктора биол. наук.* Л., 1978.

TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia
Instituut

Kogemuste vahetamine ja kasuis- tika

UDK 616.713-009.614

Pidev epipleuraalne valutustamine rindkeretraumade korral

Ants Kass Tiit Kanarik
Artur Talihärm · Tallinn

rindkeretrauma, epipleuraalne valutustamine, meetodika, tulemused

Rindkeretraumadega haigete ravi edukus sõltub suurel määral valu õigeaegselt ja oskuslikult kupeerimisest. Vaatamata meditsiini, eeskätt anestezioloogia arengule, on valutustamine aktuaalseks jäänud ka tänapäeval (1, 2, 3).

On üldtuntud tõde, et valu rindkeretraumade korral süvendab düskomfortitunnet, vähendab tunduvalt haige aktiivsust. Aktiivsuse vähenemine koos valu somatosensoorsete ja vistserosensorsete komponentidega põhjustab organismi eluliste funktsioonide häirumist: tekib bronhiolide reflektorne spasm, pärssub köharefleks, arenevad välja hingamisteede obstruktsioon ning kopsude ventilatsioonihäired jne. Seni kasutusel olnud valutustamismeetodid ei ole meid täielikult rahuldanud, selle põhjuseks on olnud korduvate blokaadide kasutamise tülikus, nende mõju lühiaegsus jne.

1985. aasta detsembrist alates oleme Tallinna Kiirabihaigla rindkerekirur-

giaosakonnas rakendanud pideva epipleuraalse valutustamise meetodit rindkeretraumade ja torakotoomiate korral. Meetodi kliinilis-füsioloogilised alused on välja töötanud arstide kollektiiv Leningradi Kiirabi Teadusliku Uurimise Instituudis (2). Meetod on meie poolt modifitseeritud.

Epipleuraalse valutustamise metoodika.

Protseduuri ajal haige kas istub või lamab tervel küljel. Operatsiooniväli valmistatakse ette üldtuntud põhimõtete järgi. Enam kasutatav on võte, mille puhul punkteeritakse traumeeritud või opereeritud rindkerepoolel Th_{II-III} kõrgusel, ogajätkest (*processus spinosus*'test) 1,5...2 cm lateraalsemal. Sellel kõrgusel tehakse naha ja pehme kudede kihiline anesteesia 0,5%-lise novokaiinilahusega kuni ristijätkeni (*processus transversus*'teni). Samast punktsioonikohast viiakse sisse 2 mm-se läbimõõduga punktsiooninõel horisontaalselt kuni ristijätkeni (luuline vastupanu on hästi tunda). Seejärel keeratakse nõela distaalne ots üles, et nõel tungiks ristijätke ülaservalt sidekoelise ruumi. Läbi nõela viiakse sisse v. *subclavia* kateetri nr. 5 tavaline mandraän. Nõel eemaldatakse ja läbi mandraäni viiakse 5...7 cm sügavusele kateeter perpendikulaarselt roietevaheliste närvide kulgemise suunaga ja paralleelselt lülisambaga. Mandraän eemaldatakse ja kateeter kinnitatakse õlale või rindkere eesmisele pinnale leukoplastiga. Kateetri kanüül suletakse korgiga. Haigele antakse funktsionaalne asend ja viiakse sisse esimene annus anesteetikumi, tavaliselt 20,0...40,0 ml 1%-list novokaiinilahust.

Epipleuraalruumi punkteerimisel ja kateteriseerimisel on oluline hüdrauliline prepreerimine. Anesteetikumi joa rõhu ees lülisambalähedane sidekude nagu prepreeritakse lahti, sellega tagatakse anesteetikumi liikumine piki lülisambalähedast ruumi kateteriseerimiskohast üles- ja allapoole. Sel teel on ühe kateteriseerimisega võimalik blokeerida kolm või enam spinaalnärvide ja sümpaatiliste sõlmede segmenti.

Seega muutub kergemaks ka kateteriseerimiskoha kõrguse valimine.

Järgnevalt võib epipleuraalruumi viia anesteetikumi 3...5...8 tunni järele, olenevalt kasutatavast anesteetikumist (eelneva anesteesia kestusest, haige kaebustest jm.). Selline kateteriseerimine on mugav — igal ajal võib uue annuse sisse viia. Korduval sisestamisel kasutatakse tavaliselt 20,0 ml 1%-list novokaiinilahust. Tavaliselt viiakse ravimit epipleuraalruumi 4 korda ööpäevas, sest uuringud on näidanud, et 1%-lise novokaiinilahuse kasutamine 80...100 ml ööpäevas tagab adekvaatse valutustamise ja haiged taluvad kateteriseerimist hästi. Kateetrit hoitakse sees kuni 4 ööpäeva, valu ajutise nõrgenemiseni. Näitena toome kaks haigusjuhtu.

Haigusjuht 1. 32-aastane naispatsient A. S. (haiguslugu nr. 35/1986. a.). Hospitaliseerimisel diagnoosiks *cystae pulmonis dex.*; *pneumothorax spontanea*. 9. jaanuaril tehti parempoolne anterolateraalne torakotomia ning kopsu alasagara osaline reseksioon. 10. jaanuaril sisestati valutustamise eesmärgil kateeter, mis viidi epipleuraalruumi Th_{III} kõrgusel paremal. Kateeter eemaldati 4. päeval. Ravitulemus hea.

Haigusjuht 2. 30-aastane meespatsient V. E. (haiguslugu nr. 4350/1986. a.). Hospitaliseerimisel diagnoosiks *fractura costae II...XI sin.* (V...VII duplex); *haemopneumothorax sin.*; *contusio pulmonis sin.*; *emphysema subcutaneum*; *haemoptoe*; *contusio cerebri*; *haemorrhagia subarachnoidalis traumatica*. 10. aprillil viidi Th_{II} kõrgusel epipleuraalruumi vasakul kateeter, mis eemaldati 3. päeval. Ravitulemus hea.

Meie mõningane kogemus annab tunnistust epipleuraalse valutustamise pideva kasutamise efektiivsusest rindkeretraumade korral. Siiani oleme seda meetodit rakendanud 89 haigel. Töö jätkub.

KIRJANDUS: 1. Jakobson, S. Intercostal nerve blocks and chest wall mechanics. Uppsala, 1977.

2. Лечение послеоперационных болевых синдромов при внутригрудных операциях. (Методологические рекомендации). Ереван, 1985. — 3. Способ лечения пострадавших с травмой груди. Авторское свидетельство № 1111741 12. 04. 1983 г. Ленинград.

Tallinna Kiirabihaigla

UDK 576.852.211 : 616-076

Luminestsentsmikroskoopia tuberkuloosi mükobakterite kindlakstegemisel

Klavdia Levina · Tallinn

tuberkuloos, tuberkuloosi mükobakter, diagnoosimine, luminestsentsmikroskoopia

Viimastel aastatel on tuberkuloosi mükobakterite bakterioskoopiliseks diagnoosimiseks hakatud laboratooriumis üha rohkem kasutama luminestsentsmikroskoopiat. Kirjanduse andmeil on tuberkuloositekitaja avastamine luminestsentsmikroskoopiameetodil 1,5... 2 korda efektiivsem kui avastamine flotatsioonimeetodil valmistatud ning Ziehl-Neelseni meetodil värvitud äigepreparaadi bakterioskoopilise uurimise korral (1, 2, 6). 20%-l juhtudest, eriti tuberkuloosi kroonilise vormi ning pikaage se ravi puhul, võimaldab see meetod tuberkuloosi mükobakteri olemasolu kindlaks teha ka sel juhul, kui tavaline bakterioskoopia ning külvi tulemus on osutunud negatiivseks (4).

Juba 1960-ndail aastail hakati Eestis tuberkuloosi mükobakteri avastamiseks rakendada luminestsentsmikroskoopiat, kuid laialdast kasutamist see meetod ei leidnud. Tallinna Linna Tuberkuloosidispenseri laboratooriumis on see meetod kasutusel olnud 1982. aastast alates.

Luminestsentsmikroskoopia kasutuselevõtmise algperioodil uuriti materjali nii luminestsentsmikroskoopiliselt kui ka Ziehl-Neelseni meetodil värvitud äigepreparaate mikroskoopiliselt. 1253 paralleelselt tehtud analüüsis avastati tuberkuloosi mükobakter tavalisel bakterioskoopiametodil 41, luminestsentsmikroskoopiameetodil aga 62 juhul. Niisugune tulemus lubas uut meetodit rakendada tuberkuloosi diagnoosimisel ning Ziehl-Neelseni meetodi kasutamisest peaaegu täielikult loobuda.

Meie laboratooriumis on kodumaise päritoluga luminestsentsmikroskoop «Люмам И1». Mikroskopeerimiseks

värvitakse preparaadid auramiini-rodamiiniga Boja meetodil Poljakova modifikatsioonis (3). Aastail 1983... 1985 tehti bakterioloogilaboratooriumis 17 998 paralleeluuringut, s. t. materjalist tehti külv tahkele toitesöötmele, paralleelselt uuriti materjali ka luminestsentsmikroskoopiliselt. Sel teel avastati tuberkuloosi mükobaktereid 1216 juhul (6,6%). Aastail 1981... 1982, kui preparaate värviti Ziehl-Neelseni meetodil, oli see protsent 3,8, s. t. 9674 uuringu kohta leiti tuberkuloosi mükobakter 371 juhul. Kopsutuberkuloosi ning mõõduka ja rohke bakterierituse korral on tuberkuloosi mükobakterit luminestsentsmikroskoopia teel võimalik avastada 87,2%-l juhtudest. Preparaadi mikroskopeerimisel saab nähtava bakterite hulga põhjal orienteerivalt otsustada nii bakterierituse intensiivsuse kui ka raviprotsessi ja selle dünaamika üle.

Sellele vaatamata, et luminestsentsmikroskoopiameetod jääb tundlikkuse poolest külvimeetodist maha, võimaldab see meetod tuberkuloosi mükobaktereid avastada juhtudel, kui kemoteeraapia tagajärjel on nende kasvufaktor häirunud. Nimetatud asjaolu oli tuberkuloosihagete bakterierituse lakkamise tegeliku aja süvendatud uurimise aluseks.

Uurisime rühma bakterieritajaid, kellel kohe haigestumise algul oli tuberkuloosi mükobakter avastatud nii luminestsentsmikroskoopia- kui ka külvimeetodil, kuid kellel ravi ajal oli võimalik tuberkuloosi mükobakter avastada üksnes luminestsentsimeetodil.

Nii leiti ravi eri etappidel 179 bakterieritajast 60-l tuberkuloosi mükobakter ainult luminestsentsmikroskoopia teel. Neist moodustasid põhiosa haiged, kes põdesid kroonilist tuberkuloosi.

Selleks et uurimisel vältida valepositiivseid vastuseid, uuriti haigeid korduvalt ning neilt võeti vähemalt kolm analüüsi ning iga haigusjuhtu vaadeldi diferentseeritult, arvesse võttes kliinilisi andmeid ja haige eelnevaid uurimise tulemusi.

Luminestsentsmikroskoopia laialdast kasutamist tuberkuloosi diagnoosimisel tuleb igati soovitada, sest see võimaldab varakult välja selgitada haiged, kellel on tuberkuloosi lahtine vorm, ühtlasi võimaldab see täpsemalt kindlaks määrata aja, mil bakterieritus on lõppenud.

KIRJANDUS: 1. Pescetti, G., Albera, C. МРЖ, 1985, 2, 10.

2. Васильева Н. П. Клиническое значение люминисцентной микроскопии микобактерий туберкулеза. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Л., 1978. — 3. Использование люминисцентной микроскопии для диагностики бактериовыделения у больных туберкулезом. (Методические рекомендации). Московский НИИ туберкулеза. М., 1981. — 4. Милованова Е. В. Пробл. туберкулеза, 1979, 3, 65—68. — 5. Страхов Н. С. Пробл. туберкулеза, 1973, 4, 69—71. — 6. Товарнова Л. Ф. Пробл. туберкулеза, 1977, 9, 68—69.

Tallinna Linna Tuberkuloosi-
dispanser

A**biks** **velskritele** **ja õdedele**

UDK 648.18-002.67

Süntetiliste pesemisvahendite kõrvaltoime

Naomi Loogna Tiiu Tatar
Larissa Rodman · Tallinn

süntetilised pesemisvahendid, koostis, mõju organismile, profülaktika

Viimastel aastakümnetel on sünteetiliste pesemisvahendite tootmine ja kasutamine järjest suurenenud. Pesuseebiga võrreldes on sünteetilistel pesemisvahenditel mitmeid eeliseid: nende valmistamisel on võimalik kokku hoida toiduks kõlblikku rasva ning pesu on võimalik pesta ka külmas ja karedas vees.

Süntetiilistest pesemisvahenditest on kõige rohkem levinud need, mis sisaldavad alküülsulfaate ja alküülbenseensulfoonaate (sulfanooli). Nende kahjulik toime avaldub naha ja limaskestade ärrituse nähtudena, tekkida võib ka organismi sensibiliseerumine või isegi fotosensibiliseerumine (1, 2, 3, 4, 7). Mõne välisautori tähelepanekute põhjal ei ole naha ega limaskestade muutused üheaegsed (4).

Kirjanduses puuduvad andmed Kiviõli Põlevkivikeemia Kombinaadis toodetud sünteetiliste pesemisvahendite tervisekahjuliku toime kohta. Tehases valmistatakse nii vedelaid kui ka pulbrilisi pesemisvahendeid. Pesupulbrid sisaldavad alküülsulfaate, alküülbenseensulfo-

naate (sulfanooli), tripolüfosfaatnaatriumi, kaltsineeritud soodat, valgendusaineid, lõhnaaineid ja muud.

Kohtla-Järve Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama sanitaar-hügieenialased uurimused kinnitavad, et periooditi võib pesupulbri kontsentratsioon aparaaditöölise töökohtadel olla lubatust kaks korda suurem, muus osas töötin-gimused aga vastavad enamasti sani-taarnormidele. Tuleb arvestada, et isegi minimaalne kokkupuude sünteetiliste pesemisvahenditega võib tundlikul inimesel põhjustada naha või hingamisteede ärrituse nähte, organismi sensibili-seerumist või fotosensibiliseerumist.

Vedel pesemisvahend «Progress» on pindaktiivsete ainete (sekundaarsete naatriumalküülsulfaatide segu) vesilahus, mis sisaldab ka isopropüülpiiritust, naatriumkarbonaati, kontsentreeritud väävelhapet, kaustilist soodat.

Vedellate pesemisvahendite tootmisel ei ületanud loetletud ainete kontsent-ratsioon õhus lubatud normatiive.

Uuritj Kiviöli Põlevkivikeemia Kom-binaadi pesemisvahendite tsehhi 95 töölist, 75 naist ja 20 meest vanuses 21...56 aastat; üle 45-aastasi oli vaid 19. Tööstaaž oli neil 8 kuust 13 aastani, vaid kolmel töölisel alla aasta, enamikul aga üle viie aasta.

Organismi sensibiliseerumise selgita-miseks kasutati nahatesti alküülsulfaadi ja sulfanooliga 25...50%-lises vesilahuses. Fotosensibiliseerumise kindlaks-tegemiseks rakendati nahatesti kamb-rimeetodil (5, 6). Kasutati kodumaist luminescentslampi ОИ-18 filtriga УФС-6. Me täiustasime aparatuuri (9). Metoodikat on kirjeldatud ka «Nõuko-gude Eesti Tervishoius», 1984, 1, 19—21.

Viiel töölisel ($5,3 \pm 2,3\%$ -l juhtudest) diagnoositi allergilisi kutsehaigusi. Neist kaks põdes toksilis-allergilist kut-sebronhiiti. Esitame haigusjuhu kirjelduse.

Haigusjuht. 37-aastane meespatsient I. P. (hai-guslugu nr. 344/1982) viibis Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi Kutsehaiguste

Kliinikus ravil 5...14. maini. Kiviöli Põlev-kivikeemia Kombinaadis töötades oli ta 14 aasta jooksul pidevalt kokku puutunud sulfanooli ja alküülsulfaati sisaldavate pesemisvahenditega. Kaebused: sage köhatamine, eriti tööl, harva kerged torked vasakul pool rinnus, suurenenud higistamine, väsimus tööpäeva lõpuks. Kaebused püsinud umbes kolm aastat. Esialgul olid tervise-häired nii vähesed, et patsient neile tähelepanu ei pööranud. Hiljem häired aeglaselt progressee-rusid. Objektiivne leid: kopsude kohal üksikuid kuivi räginaid, süda normis, kõht palpeerimisel erilise leiuta. Röntgenipilt kopsudest normis. EKG: vasaku südamevatsakese ülekoormus. Mini-maalsed bioelektrilised muutused müokardis. Vere-, uriini- ja roojaanalüüsid normis. Röga hall ja vedel, selles eriti rohkesti lameepiteelirakke, vähe leukotsüüte; eosinofiilseid leukotsüüte ei leitud, samuti ei leitud ka tuberkuloositekitajaid. Naha provokatsioonitestid alküülsulfaadi, sulfa-nooli ja olefiiniga positiivsed. Positiivsed ka inha-latsiooni-provokatsioonitestid kaaliumbikromaa-dilahusega (kroom on «Progressi» valmistamisel kasutatava inhibiitori kroomsükloheksamiini koostises). Novodriintest negatiivne. Hingamis-funktsioonis esines vähesed nihkeid. Diagnoos: sünteetilistest pesemisvahenditest põhjustatud toksilis-allergiline bronhiit. Töötamine hingamisteede limaskestast ärritavate ja organismi sensi-biliseerivate ainetega vastunäidustatud. Dispan-seerida tsehhiarsti juures. Vajaduse korral ravida antihistamiinsete preparaatidega. Soovitav sa-natoorne ravi, ravikehakuultuur.

Alküülsulfaadi, sulfanooli ja kroomi-ga tehtud nahatestid olid kutsehaigusi põdevatel töölistel positiivsed. Kolmel töölisel diagnoositi allergilist kutseder-matiiti, kusjuures kahel oli haigestu-mise põhjustaja sulfanool, ühel haigel pesemisvahend «Progress».

Latentset sensibiliseerumist konsta-teriti 28 isikul ($29,5 \pm 4,7\%$ -l): 23-l sul-fanooli suhtes, viiel pesupulbri «Prog-ress» ja kahel neist lisaks ka olefiini suhtes. Seitsmel töölisel 28-st oli eosino-fiilsete leukotsüütide arv suurenenud. Kõigil sensibiliseerumisjuhtudel oli eosinofiilide absoluutarv $155,7 \pm 217,4$.

Fotodermatiiti ei diagnoositud, kuid kolmel töölisel leiti latentne fotosen-sibiliseerumine sulfanooli suhtes. Ühel hinnati testi tulemus positiivseks, kahel juhul nõrgalt positiivseks. Neist üks tööline kaebas nahasügelust, -punetust ja naha karenemist. Teistel kaebusi ei olnud. Eosinofiilsete leukotsüütide arv oli normis.

Eeltoodust nähtub, et Kiviõli Põlevkivikeemia Kombinaadis valmistatud alküülsulfaati ja sulfanooli sisaldavatel pesemisvahenditel on toksilis-sensibiliseeriv toime. Fotosensibiliseeriv toime on neil nõrk.

Tervisekahjustuste ärahoidmiseks oleks vaja parandada tööprotsesside hermetiseerimist. Parandada tuleks ka perioodiliste meditsiiniliste läbivaatuste kvaliteeti. Kui esineb latentne fotosensibiliseerumine, tuleb riieteta kehaosad katta kaitsesalviga, näiteks salvidega «Антилюкс», «Луч» jt., kasutada anti-histamiinseid preparaate. Fotodermatiidi korral määratakse lokaalselt nahale karotiiniõlilahust (1 ml lahuses 2 mg karotiini).

KIRJANDUS: 1. *Adamska, M.* Pol. Przegł. Dermatol., 1971, 4, 429—433. — 2. *Fisher, A. A.* In: Contact dermatitis. Philadelphia, 1978, 197—216. — 3. *Häkkinen, I., Tola, S., Vaaranen, V. a.o.* Ammatitaudit. Työterveyslaitos. Helsinki, 1979. — 4. *Pham, Q. T., Mire, B. J.* Occup. Med., 1978, 20, 1, 33—38. — 5. *Suhonen, R.* Photoepicutaneous testing. Academic dissertation. Helsinki, 1978. — 6. *Suhonen, R., Hannuksela, M., Pirilä, V.* Contact Dermatit., 1976, 2, 1, 11—114. — 7. *Vaaranen, V., Vasama, M.* Työterveyslaitos, 1979.

8. *Лоогна Н. А., Татар Т. О.* Методика фотоэпидермальных тестов для выяснения фотосенсибилизации организма. Таллин, 1981.

*Eksperimentaalse ja Kliinilise
Meditsiini Instituut*

22. ja 23. mail 1987 oli Saaremaal Eesti Meditsiiniõdede Seltsi juhatuse koosolek. Juhatuse liikmed tutvusid Saaremaa tervishoiuasutuste ja nende meditsiiniõdede tööga. Koosolekust võtsid osa ka Saaremaa Meditsiiniõdede Seltsi liikmed ning rajooni juhtivad arstid. Arutati õdede töö korraldust, õdede ettevalmistamist ja teadmiste ning oskuste täiendamist. Räägiti ka puudustest.

Kingissepa Rajooni Keskhaigla peaarst M. Allik rääkis huvitavalt ja üksikasjalikult haigla juurdeehitise projekteerimisest ja rajamisest. Selle ehitamisel pakkusid abi ja tööjõudu väga paljud Saaremaa ettevõtted, asutused ja organisatsioonid. Sellest oli suur kasu, Kingissepa Rajooni Keskhaigla juurdeehitis, tegelikult hoopis uus haigla sai valmis aasta enne tähtaega. Keskhaigla kirurgiaosakonna juhataja ja Saaremaa Arstide Seltsi esimees A. Haavel puudutas mitmeid olulisi külgseid meedikute töös. Ta rõhutas hea koostöö, üksteisemõistmise ning arstide ja õdede vahelise mõistva suhtumise erakordset tähtsust. Ilma selleta ei ole võimalik elanikele tagada kvaliteetset arstiabi ning tõsta nii tervishoiusüsteemi kui ka meditsiinitöötajate prestiiži. Mõistagi on palju lootat tervishoiureformist, selle riiklikust ümberkorraldusest, paremast finantseerimisest, mis kõik on parema arstiabi eelduseks.

Ühises arutelus jõuti järeldusele, et nii mõndagi on võimalik parandada. Rohkem on vaja tegelda õdede väljaõppega, tähelepanu tuleb pöörata eriti kutse-etikale. Meditsiiniõde elukutset on vaja enam propageerida. Leiti ka seda, et niisugused õdede ja arstide ühisnõupidamised on väga vajalikud.

Arvesse võttes Eesti Meditsiiniõdede Seltsi tööd kaadri ettevalmistamisel ja õdede töö korraldamisel autasustas Saaremaa Arstide Selts Eesti Meditsiiniõdede Seltsi oma aukirjaga.

Laine Annus

Fotol Eesti Meditsiiniõdede Seltsi juhatuse koos Saaremaa Meditsiiniõdede Seltsi juhatuse ja Saaremaa arstidega.



XXXIII Eesti Sanitaartöötajate Seltsi konverents toimus 3...4. juulini Kingissepa Rajooni Keskaiglas. Konverentsi avas tervishoiuministri esimene asetäitja, riiklik peasanitaararst O. Tamm.

Seekord olid arutlusel põllumajanduse kemiiserimise kahjustav toime inimese tervisesse ning põllumajandustöötajate olme- ja töötingimused. Põhiettekandega «Maahügieeni aktuaalsed probleemid Eesti NSV-s» esines Vabariikliku Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama toksikoloog U. Halliksoo. Ta käsitles kõiki tänapäeva intensiivpõllumajandusega seonduvaid sanitaar-hügieenilisi probleeme.

Keskastme meditsiinitöötajatelt oli 19 ettekannet. Neist enamik käsitles mürgkemikaalidega kokkupuutuvate töötajate töötervishoidu ja põllumajandussaaduste füüsikalise-keemilise analüüsi meetodeid. Huvipakkuvad olid Tartu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama laborandi E. Kruuse ettekanne «Nitratide sisalduse vähendamise võimalustest meie toiduainetes» (juhendaja keemik K. Ilmoja), Võru Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama sanitaararsti abi T. Mähari «Pestitsiididega kokkupuutuvate isikute meditsiinilise läbivaatuse ja ohutustehnikalase instrueerimise kogemustest Võru rajoonis» (juhendaja A. Batšin) ning Harju Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama sanitaararsti abi M. Laane «Töötingimuste võrdlev hinnang erineva lüpsitehnikaga piimafarmides» (juhendaja R. Rannamäe). Viimati nimetatud ettekannet täiendas «Eesti Reklaamfilmis» valminud õppefilm «Lüpsja töötervishoid».

Esmakordselt olid konverentsil arutlusel sanitaarjärelevalve korraldamine aviokeemiliste tööde üle ning töötingimused töökodadeks kohandatud angarhoonetes.

Konverentsist kokkuvõtet tehes ütles seltsi Põhja-Eesti nõukogu peakonsultant P. Krooni, et selle temaatika oli aktuaalne, enamik ettekandeid sisukad. Hea hinnangu andsid ka Pärnu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama arst R. Vodja ning Vabariikliku Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama peaarst H. Lutsoja, kellelt oli ka pikem sõnavõtt.

10. juunil 1987 möödus 20 aastat Eesti Sanitaartöötajate Seltsi asutamisest. Päevakohane ettekanne oli allakirjutanutl.

Edgar Saar

Arsti- teaduse ajaloost

UDK 615(092)Nikolai Veiderpass

100 aastat professor Nikolai Veiderpassi sünnist

Livia Kirsch Boris Luik · Tartu

Nikolai Veiderpass, Tartu Ülikool, teaduslik tegevus, ravimite tehnoloogia, teaduslik pärand

Ravimite tehnoloogia rajajaks Tartu Ülikoolis, vanema põlvkonna kolleegide õpetajaks ja kasvatajaks, õpikute kaudu ka tänaste noorte õpetajaks oli ning on professor Nikolai Veiderpass. 19. aprillil 1987 möödus tema sünnist 100 aastat. Oli veel teinegi tähtpäev. Pool sajandit tagasi valiti N. Veiderpass tema poolt asutatud rakendusfarmaatsia instituudi juhatajaks.

Mitme põlvkonna farmatseudid mäletavad prof. N. Veiderpassi silmapaistva pedagoogi, kasvataja ning teadlasena. Eesti kõrgharidusega farmatseudid, kes õppisid Tartu Ülikoolis aastail 1925...1966, on ravimite tehnoloogia alased teadmised ja oskused ning farmatseudi eetilised tõekspidamised omandanud prof. N. Veiderpassi nõudliku käe all.

Prof. N. Veiderpassi eluloolisi andmeid on tema tähtpäevade puhul varem käsitletud (vt. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1962, 3, 72; 1977, 2, 145—146).

Pärast üldhariduse omandamist siirdus N. Veiderpass 22-aastasena eriala õppima proviisor Karl Tähe apteeki

Simbirskis (Uljanovskis). Selles apteegis valitsev range farmatseutiline distsipliin ja sisekord, apteegi omaniku võib-olla isegi despootlik nõudlikkus ja tollaegsed töötingimused kujundasid noore N. Veiderpassi ellusuhtumise ja kutsetöö arusaamad. Tööpäevad olid väga pikad. Nooremal personalil, eriti aga õpilastel, lasus lisakohustusi, teha tuli ka kõik abitööd apteegis. Ühelt poolt see küll koormas nii kehaliselt kui ka vaimselt, kuid teiselt poolt õpetas töökust ja kohusetunnet, samuti ka tööning vaba aja ratsionaalset kasutamist.

Energilisel ja edasipüüdlikul N. Veiderpassil jätkus vähestel vabadel hetkedel veel ka indu ja huvi eriala- ja ilukirjandust lugeda ning prantsuse keelt õppida koos kolleegi, hilisema nimeka luuletaja August Allega. N. Veiderpassi üks lemmikkirjanikke sel ajal oli

A. Puškin, keda ta hiljemgi aeg-ajalt tsiteeris. Veel tavatses ta väga tabavalt kasutada I. Krõlovi valme.

Pärast Kaasani Ülikooli lõpetamist ja kutsealal töötamist saabus ta 1921. aastal tagasi kodumaale.

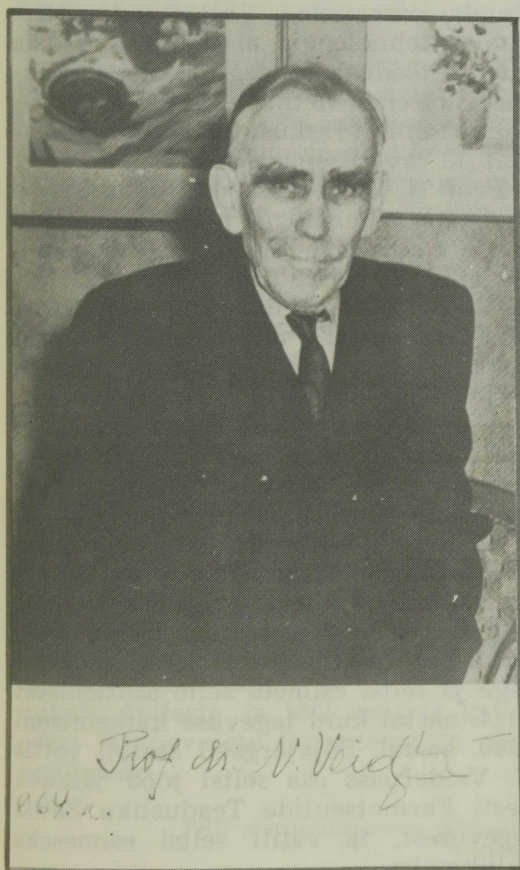
Eestis sooritas N. Veiderpass peagi doktorandieksamid. Tema doktoritöö oli Eesti põlevkivi eksperimentaalsest keemilisest, eelkõige fenoolide uurimisest. Uudse ala eksperimentide metoodika, samuti tööks vajalik aparatuur (kõrgsurve-, destilleerimis- ning põletus- ja muud seadmed) tuli endal välja töötada. Eks siit saigi alguse desinfektsioonivahendite, puidukonservantide ja tänapäeval Eesti põlevkivitööstuses fenoolide baasil toodetavate sünteetiliste liimide ja muude polümeersete ainete tootmine.

1925. aastal valiti farmaatsiadoktor N. Veiderpass farmatseutilise keemia eradotsendiks. 1926. aastal hakkas ta fakultatiivselt pidama loenguid galeenilisest farmaatsiast. Seoses uue õppekava kehtestamisega 1929. aastal muudeti ravimite tehnoloogia kohustuslikuks õppeaineks. Loengute materjali otisis ta ise, sest tal ei olnud eeskuju võtta ei kodu- ega välismaa instituutidest. Selle distsipliini kohta ei olnud ka õpikuid. N. Veiderpass tegi seda tööd suure püüdlikkuse, innu ja andumusega, jättes ajutiselt kõrvale kõik muu.

Ravimite tehnoloogia alane loengutsükkel sai aluseks farmaatsiaosakonna uue õppetooli loomisele 1935. aastal, mille juhatajaks ning dotsendiks ta 1936. aastal valiti. 1938. aastal sai N. Veiderpass erakorraliseks professoriks, 1942. aastal professoriks.

Prof. N. Veiderpassi **õppetegevusega** on Eesti farmaatsia arenguloos palju seotud. N. Veiderpass oli meie kutseala õppetöö reorganiseerimise initsiaator. Et õppetööd parandada, hankis ta töövahendeid, aparatuuri ja seadmeid, täiendas ning ajakohastas neid. Ei olnud erialaõpikuid — tuli hakata ka neid koostama.

Õppeplaanis oli teoreetiline osa suurenunud, aga nii eesti- kui ka võõrkeelsed ravimite tehnoloogia alased õpikud



puudusid. Juba 1938. aastal ilmus trükist N. Veiderpassi mahukas rohkete illustratsioonidega õpik «Retseptuuri põhijooned» (582 lk.). 1946. aastal anti välja teine, täiendatud trükk. 1947. aastal ilmus trükist teine õpik «Galeeniline farmaatsia» (442 lk.), 1964. aastal uus apteegiravimite tehnoloogia alane õpik «Ravimite tehnoloogia põhijooned» (442 lk.). Õpikute koostamisel ja illustratsioonide valmistamisel abistas professorit kateedri kollektiiv.

Täiendada tuli ka õppebaasi, sest õperuumid olid jäänud kitsaks ega vastanud ajanõuetele. Üliõpilaste arv oli suurenenud. 1920-ndate aastate arvuga võrreldes oli see 1930-ndaiks aastaiks kolmekordistunud — 70...80 asemel 220...250, kuid kateedri käsutuses oli endiselt ainult neli ruumi.

1938. aasta oli nii prof. N. Veiderpassile kui ka kogu farmaatsiaosakonna töötajatele murrangulise tähtsusega. Nimelt pandi 5. novembril 1938 nurgakivi uuele ülikooli instituudi hoonele (praegusele keemiahoonele). Esimesena hakati ehitama farmaatsiakorpust. Juba 1939. aasta sügissemestril alustati õppetööd äsja valminud ajakohaselt sisustatud avarates ruumides, kus igal kolmel kateedril oli oma korrus, igaühel 14 ruumi. Ühine raamatukogu, lektorium ning auditoorium asusid eri korrustel ja kõik vajalikud abiruumid soklikorruusel. Seega sai farmaatsiaosakond endale oma ruumid.

Farmaatsiahoone jäi tänu personali valvsusele sõjas püsima. See võimaldas õppetööd jätkata pärast lühiaegset sundevakuatsiooni Haapsalus (1944. aasta augustist oktoobrini). Prof. N. Veiderpassi algatusel korrastati segipaisatud ja laastatud ruumid kiiresti. Nii saadigi õppetööd alustada juba 1944. aasta detsembris, esimestena arstiteaduskonnas.

Prof. N. Veiderpassil jätkus energiat kasvatada farmaatsiaosakonna üliõpilaste vastutus- ja kohusetunnet, korraarmastust ja täpsust. Paljude aastate vältel toodi nii arstiteaduskonna kui ka kogu ülikooli ulatuses esile farmaatsiaosakonna üliõpilaste distsiplineeritust.

Ühtlasi jätkas prof. N. Veiderpass nii loengutel kui ka õppevälises töös kutse-eetika õpetamist. Tänapäevani on kasutusel tema algatusel koostatud õppevahend «Nõukogude farmatseudi eetika».

Juba noore õppejõuna ja kuni kõrge eani tegi professor **teadustööd**, eelkõige eksperimentaaluuringuid. Tema teadustööde arv on üle saja, kusjuures siin ei ole arvesse võetud «Eesti farmakopöa» esimese väljaande jaoks 320 galeenilise preparaadi kohta koostatud artikleid. Lisaks neile kirjutas ta palju populaarteaduslikke artikleid.

1920-ndate aastate algul oli prof. N. Veiderpassi uurimistööde teematikaks peamiselt Eesti põlevkivi. Järgmistel aastakümnetel uuris ta aga põhiliselt ekstemporaalsete ravimite ja galeeniliste preparaatide valmistamist ning viimaste analüüsi meetodeid. Galeeniliste preparaatide hulgas köitsid professori huvi eriti ekstraktid, nende standardiseerimine, ühtlustamine. Ravimite tehnoloogia alal andis ta oma uurimistöödega apteegitöötajatele praktilist abi erimenetlustel valmistatavate, valmistamisel raskusi tekitavate ja sobimatute ravimisegude osas.

Prof. N. Veiderpassi juhendamisel on ravimite tehnoloogia alal kaitstud 18 magistri- ja kandidaadidissertatsiooni. Ta on olnud teiste liiduvabariikide farmatseutide dissertatsioonide retsensent ning oponent. Tal olid tihedad sidemed Harkovi, Taškendi, Leningradi ja Pjatigorski tehnoloogidega. Mitu aastakümnet sidus teda sõprus Riia farmaatsia-professori J. Maizitega ja Leningradi Keemia ja Farmaatsia Instituudi farmaatsiadotsendi J. Sanderiga.

Aktiivselt võttis prof. N. Veiderpass osa sotsiaal-majanduslike probleemide lahendamisest, toetas palgaliste farmatseutide tegevust ja üritusi. Ta oli Akadeemilise Rohuteaduse Seltsi asutajaliige ja seltsi esimees selle asutamisel 1924. aastal kuni tegevuse katkemiseni 1940. aastal. Sõjajärgseil aastail võttis N. Veiderpass osa seltsi tööd jätkava Eesti Farmatseutide Teadusliku Seltsi tegevusest, ta valiti seltsi esimeseks auliikmeks.

Aastail 1926...1940 ilmus farmatseutide ajakiri «Eesti Rohuteadlane». N. Veiderpass oli selle asutajaliige ja toimetuse liige, teaduslike ja kutsealaste artiklite autor. Aastail 1963...1971 oli ta ajakirja «Аптечное дело» (hiljem «Фармация») toimetusnõukogu liige. Veel oli ta Eesti Rohuteadlaste Ühingu, *American Pharmaceutical Association*'i, Akadeemilise Keemia Seltsi, Loodusuurijate Seltsi liige ning Eesti—Soo-me—Ungari Rohuteadlaste Ühingu ja ühingu «Teadus» Tartu osakonna asutajaliige.

1934. aastal nimetati N. Veiderpass tervishoiu- ja hoolekandevalitsuse poolt koostatava «Eesti farmakopöa» galeenilise farmaatsia komisjoni juhatajaks. 1937. aasta dekreediga anti välja Riikliku Eripreparaatide Kontrollasutuse asutamise seadus, selle asutuse juhatajaks määrati 1938. aastal farmaatsiadoktor N. Veiderpass. Ühtlasi täitis ta ka galeenilise farmaatsia osakonna juhataja ülesandeid.

1938. aastal valiti N. Veiderpass arstiteaduskonna sekretäriks. Arstiteaduskonna kogu valis ta samal aastal Riigi tervishoiunõukogusse teaduskonna esindajana farmaatsia alal. Pärast Suurt Isamaasõda kuulus prof. N. Veiderpass Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi õpetatud nõukogusse, oli selle presiidiumi liige. 1939. aastal kinnitati prof. N. Veiderpass Tartu Ülikooli Akadeemilise Kohtu liikmeks. Aastail 1944...1948 oli professor arstiteaduskonna prodekaan. Alates 1950. aastast oli ta õpetatud nõukogu liige, alates 1946. aastast farmaatsiaosakonnas riigieksamite komisjoni esimees, hiljem liige.

Aastakümnete vältel tehtud töö eest oli prof. N. Veiderpassi autasustatud medalite ja aukirjadega.

Professor N. Veiderpass suri 2. mail 1971. aastal. Tema töörohke ja viljaka elu saavutused kanduvad nüüd tema arvukate õpilaste ja töökaaslaste kaudu edasi järgnevatele farmatseutide põlvkondadele.

TRÜ arstiteaduskonna farmaatsia kateeder

Konverentsid ja nõupidamised

Teaduskonverents «Ravimite tehnoloogia ja analüüsi aktuaalseid probleeme» toimus 17. aprillil 1987 Tartus. Konverentsiga tähistati Tartu Ülikooli arstiteaduskonna farmaatsia kateedri kauaaegse juhataja prof. Nikolai Veiderpassi 100. sünniaastapäeva.

Peale meie vabariigi proviisorite, farmaatsia kateedri õppejõudude ja üliõpilaste võttis osa ka külalisi Lätist ja Leedust.

Kuulati 22 ettekannet. Neist kolm käsitlesid N. Veiderpassi elu ja tegevust (B. Luik, L. Kirsch, E. Randmets). Prof. N. Veiderpass oli aastail 1925...1966 Tartu Ülikoolis ravimite tehnoloogia õppejõud. Rõhutati tema tööd ka proviisorite eetiliste tõekspidamiste kujundamisel. Leedulane A. Kaikaris, kes on uurinud Tartu Ülikooli osa Leedu farmatseutide kaadri ettevalmistamisel, soovis Eesti ja Leedu kolleegide vaheliste kontaktide tihendamist ka tänapäeval.

Ravimite tehnoloogia ja farmatseutilise analüüsi alalt oli mitu ettekannet. Riia Meditsiiniinstituudi ravimivormide tehnoloogia kateedri teadusuuringutest rääkis E. Peterson, programmeeritud mikrokalkulaatorite kasutamisest farmatseutilises analüüsis H. Kleimanis. TRÜ arstiteaduskonna farmaatsia kateedri õppejõud I. Kruse, T. Hinrikus, A. Nurk käsitlesid peräädik-happepreparaatide, jodofooripreparaatide, prostaglandiini E₂ geeli, põletushaavade esmaabivahendite, sporditrauma ravimisalvide sünteesi, retseptuuri, tehnoloogiat, analüüsi meetodeid, toime uurimist, kasutamist ja tootmise korraldamist. Kõik need uurimistööd on valminud koostöös teiste uurimisasutuste ja kateedritega. Mitmed farmaatsia kateedris väljatöötatud preparaadid, nagu estosteriil ja mastisteriil, on tõhusate vahenditena kasutusel veterinaarias. Uuemate ekstraktsioonimeetodite kohta andis ülevaate P. Veski. A.-M. Jaek rääkis sobimatutest ravimikombinatsioonidest. Neid esineb apteegi ekstemporaalses retseptuuris ikka veel sageli. Suurest nitraatide sisaldusest toiduainetes ja vees rääkis M. Rooma.

Ettekandeid oli ka farmakognoosia alalt. I. Tammaru käsitles tropaanalkaloidide määramise meetodeid, A. Meos radioaktiivsete isotoopide bioaktiivsete ainete analüüsiks kasutamist. U. Paaver rääkis rahvameditsiinis kasutatavatest sookailu ravimivormidest. TRÜ arstiteaduskonna



Foto 1. Konverentsi presiidium. Vasakult: A. Kaikaris, T. Hinrikus, E. Peterson, L. Pokk, P. Veski, B. Luik, I. Kruse, E. Arak, J. Tammaru, E. Randmets.

farmaatsia kateedris on tehtud palju töid kummeli uurimiseks. E. Arak, A. Raal ja V. Vahar on välja töötanud kummeli eri liikide bioloogiliselt aktiivsete ainete füsikokeemilised analüüsimeetodid ja kummeli erinevad ravimivormid. On uuritud nende toimet koos mikrobioloogide ja kliinistidega.

TRÜ Teadusraamatukogu fuajees oli avatud päevakohane näitus. TRÜ keemiahoone fuajeesse pandi N. Veiderpassi bareljeef. Tähtpäevaks ilmus trükist ka teadustööde kogumik.

Toivo Hinrikus

Ülevabariigiline terapeutide nõupidamine toimus 12. mail 1987 Tallinnas. Nõupidamisest võttis osa peaterapeute, polikliinikute ja haiglate teraapiaosakondade juhatajaid ja asetäitjaid, tervishoiuministeriumi peaspetsialiste, samuti haiglate peaarstide asetäitjaid ravi alal.

Nõupidamise avas tervishoiuminister prof. V. Rätsep. Ta rääkis tervishoiu arenguprobleemidest, sealhulgas terapeutilisest abist, tulenevalt NLKP XXVII kongressi ja NLKP Keskkomitee 1987. aasta jaanuaripleenumi otsustest. Rääkides terapeutide töö intensiivistamisest, pööras ta eriti tähelepanu emade ja laste suuremuse vähendamisele. Märkimisväärne osa selles töös on terapeutilistel, nende ja akušöörigünekoloogide koostööl.

Põhiettekande terapeutide ülesannetest tervishoiu ümberkorraldamisel esitas allakirjutanu. Peatähelepanu on tarvis pöörata arstide teadmiste täiendamisele, nende kutsealasele ja organisatoorsele tegevusele, ka deontoloogiaalastele eksimustele. Polikliiniline abi on tervishoius tähtsaim ja kõige ulatuslikum. Arstide töö korraldamisel olgu peamine eelkõige arstiabi kvaliteet, profülaktiliste meetmete rakendamise intensiivistamine, mis avaldub dispanserimises. Haiglate voodifondi on vaja kasutada ökonoomselt, ka puhkepäevadel. Sel alal on nii mõndagi tegemata Tartu linnas, Paide, Viljandi, Tartu ja Rakvere rajoonis. Arstid ei ole veel ära kasutanud kõiki võimalusi

ajutise ja püsiva töövõimetusega haigestumuse vähendamiseks. Kõiki selle valdkonna küsimusi on vaja analüüsida vastastikuselt seoses diagnoosimisega, ravi, meditsiiniabi organisatsiooniga, profülaktikameetmete ja rehabilitatsiooniga.

Seejärel kuulati NSV Liidu tervishoiuministri akadeemik J. Tšazovi NSV Liidu Meditsiiniakadeemia presiidiumis toimunud pressikonverentsil esitatud kõne fonogrammi.

Eesti NSV Sotsiaalhooldusministeeriumi peaeksperdi arstliku tööeksperdi alal H. Tihase rääkis terapeutiliste haigete invaliidsuse profülaktikast ja nende meditsiinilis-sotsiaalsest rehabilitatsioonist. Ettekandest oleks kasu suurem olnud, kui see oluks konkreetne ja käsitletuks üksnes teraapiat, mitte aga kõiki erialasid. Vabariikliku Verejaama peaarsti R. Kolle ettekanne oli eksimuste ja vigade ärahoidmisest vereülekannete tegemisel. Eksimustel on väga rasked tagajärjed (näiteks Võrus). Ministeeriumi peapeedmioloog J. Märtin puudutas oma ettekandes AIDS-i kohta teadaolevat. Ehkki AIDS-i juhte ei ole meie vabariigis veel registreeritud, peavad arstid olema suutelised haigust ära tundma.

Sõna võtsid veel kardioloogiainstituudi direktor P. Laane, tervishoiuministeriumi peagastroenteroloog prof. V. Salupere ja peareumatoloog O. Aakre, Apteekide Peavalitsuse juhataja E. Sasi.

Nõupidamisest võttis osa EKP Keskkomitee teaduse ja õppeasutuste osakonna tervishoiusektori juhataja meditsiinikandidaat S. Nazarenko.

Natan Elšteín

Üleliiduline narkomaania- ja toksikomaaniavastane nõupidamine oli 30. märtsist 1. aprillini 1987 Moskvas V. Serbski nim. Üleliidulises Üld- ja Kohtupsühhiaatria Instituudis.

Nõupidamine avas NSV Liidu tervishoiuministri asetäitja A. Moskvitsjov. Sissejuhatav ettekanne oli akadeemik G. Morozovilt. NSV Liidu Tervishoiuministeriumi Narkoloogiavalitsuse juhataja V. Jegorov rääkis narkomaania- ja toksikomaaniavastase võitluse peasuundadest, raskustest selles töös ning kavandatavatest meetmetest. E. Babajan andis ülevaate narkomaaniavastast võitlusest maailma eri riikides, peatuses ka õiguslikel aspektidel. J. Agrunova Moskvast võrdles eri liiduvabariikide seadusandlust võitluses narkomaaniaga, samuti käsitles põgusalt uue kriminaalseadusandluse projekti narkomaania osa.

N. Hodakov Kiievist kritiseeris seadusandluse puudulikkust võitluses narkomaania ja toksikomaaniaga. N. Tvorogova Moskvast rääkis kavas olevatest muudatustest ametliku aruandluse selles osas, mis puudutab narkomaaniat ja toksikomaaniat.

Sümposiooni kahel järgmisel päeval arutati narkomaania ja toksikomaania tekkemehhanisme, diagnoosimist ning ravi. Anti ülevaade ka narkomaania ja toksikomaania leviku kohta NSV Liidu eri regioonides.

Kõige huvitavam ettekanne oli prof. M. Gonopolskilt Alma-Atast, ta rääkis narkomaania levikust Kasahstanis. Arutlusel oli narkomaania levik ka teistes Kesk-Aasia liiduvabariikides. Arvelolevate narkomaanide arv on Kesk-Aasia liiduvabariikides erinev. Kõige levinum on hašiši kasutamine. Toksikomaania aga ei ole Kesk-Aasia liiduvabariikides levinud.

Kuulati ettekandeid narkomaania ja toksikomaania leviku kohta Kaug-Idas, Taga-Kaukaasia liiduvabariikides ning Nõukogude Liidu Euroopa osa mitmes piirkonnas. A. Katsšajev, A. Kisseljov ja E. Drozdov rääkisid selle levikust moskvalaste hulgas. Läti NSV Tervishoiu-ministeeriumi peanarkoloog J. Stradinš esitas ülevaate narkomaania ja toksikomaania levikust Lätis, allakirjutanu Eestis.

Võrreldes teiste liiduvabariikidega, on meil narkomaania vähe levinud. Seevastu toksikomaaniat põhjustavate psühhotoksiliste ainete kasutamine on meil mitme teise piirkonnaga võrreldes noorukite hulgas ilmselt enam levinud.

Anti Liiv

Üleliiduline konverents pahaloomuliste kasvaja epidemioloogia, profülaktika ja varajase diagnoosimise alal toimus 25. ja 26. juunil 1987 Tomskis. Osavõtjaid oli Moskvast, Leningradist, Kieivist, Doni-äärsest Rostovist, Alma-Atast, Jerevanist, Kuibõševist, Minskist, Riiast ja Vilniusest. Eestit esindasid allakirjutanud.

Konverentsi avas NSV Liidu Meditsiiniakadeemia korrespondentliige B. Zõrjanov. Pleenaaristungil esitatud ettekanne käsitles mao- ja kopsuvähi varajase avastamise tulemusi. Riskirühmas avastasti 1,5%-l uurituist maovähk, kusjuures haigus oli 0. . . I. . . II staadiumis 80 %-l, 0. . . I staadiumis 48 %-l. I. . . II staadiumi kopsu-



Fotol keskel vasakult konverentsist osavõtjaid: prof. N. Kolõtševa (Alma-Ata), T. Štšeljakina (Rostov Doni ääres), A. Saprõkina (Kuibõšev), E. Hint (Tallinn), prof. J. Bochman (Leningrad), A. Viirmaa foto.

vähki diagnoositi 20%-l haigestet, kellel sümptoome ei esinenud.

Konverentsi ettekandeid kuulati mitme sektiooni istungitel. Peaaegu kõikides liiduvabariikides on täheldatud kopsu-, jämesoole-, rinna-, kõhunäärme- ja esnäärmevähi esinemissageduse suurenemist, vähenenud on mao- ja emakakaelavähi-haigestumus. V. Gulaja (Moskva) analüüsis emakakaelavähi-haigestumust Nõukogude Liidu ajavahemikul 1975. . . 1985. Märgatav oli esinemissageduse vähenemine, mida seostati mõjusate profülaktikaüritustega. Ukrainas, Leedus, Moldaavias ja Eestis on aga ilmnunud suurenemistendents 30. . . 39-aasta vanuste naiste hulgas.

Prof. J. Bochman (Leningrad) rääkis naise suguelundite ja rinnavähi varajase avastamise võimalustest patogeneetilise komponendi alusel. Nii on emakakaelavähi etioloogias oluline osa viirusinfektsioonil, mis põhjustab epiteeli düsplaasia teket, millest võib areneda vähk. Emakakaelavähist tingitud surmajuht on etteheide meedikutele, sest selle lokalisatsiooni korral on varajane diagnoosimine üks lihtsamaid. Günekoloogide ja tsütoloogide hea koostöö tulemusena on Lätis viimase 15 aasta jooksul suuremus emakakaelavähi tagajärjel vähenenud kaks korda. Emakakeha-, rinna- ja munasarjavähi patogeneesis ilmnevad endokriinsüsteemi ja ainevahetushäired, samuti geneetiline eelsoodumus. Seda eripära tuleb arvestada sõeluuringu korraldamisel.

N. Rožkova (Moskva) andis sisuka ülevaate mammograafia nüüdisaegsetest suundadest. Uus organisatsiooniline vorm on spetsialiseeritud mammograafiakabinet, kus röntgeniarst uurib haiget ka kliiniliselt. Kaheetapiline süsteem vähendab diagnoosimise eesmärgil tehtavaid rinnanäärmeoperatsioone 38% ulatuses. A. Adamjani (Tomsk) töös oli vaatluse all rinnavähi profülaktika. Kasvajakoe fibrinolüütilise aktiivsuse alusel on järeldusele tulnud, et rinnavähi ja fibroadenoomi tekkimisel ja arenemisel toimib tõenäoliselt ühtne patogeneetiline mehhanism. Sellest olenevalt on fibroadenoomi korral sektoraalne resektsioon hädavajalik ravi- ja profülaktiline manipulaatsioon.

Östradioli- ja progesteronireseptorite prognostilisest väärtusest rääkis D. Emsinš (Riia). Kui rinnavähi II staadiumi korral metastase ei leidu ($T_2N_0M_0$), siis viitab negatiivne retseptorite leid haiguse halvale prognoosile. Neil juhtudel on vaja rakendada kemoteraapiat.

Eristlust huvi äratas L. Pissareva (Tomsk) ettekanne kasvaja epidemioloogiast. Töös on analüüsitud polaarjoonetaguse piirkonna elanike onkoloogilise haigestumuse dünaamikat. Leiti, et kopsu-, mao-, naha-, rinna- ja emakakaelavähi esinemissagedus on suurenenud. Kopsuvähipõdejad oli kõige rohkem nende hulgas, kes põhjarajoonis olid elanud 25. . . 30 aastat.

E. Hindi ettekandes kajastus kompleksse meetodika «Riskitegurite ja enesevaatlusvõtete tuvustamine elanikele samaaegse regulaarse sõeluuringuga» soodne mõju rinnavähi varajasele avastamisele ja haigete viie aasta elulemusele Eestis.

Diskussiooni põhjal tuldi järeldusele, et epidemioloogiliste uurimiste tulemuste rakendamine on perspektiivne, kuid nõuab veel täiustamist. Profülaktikaurituste hinnang on kõige objektiivsem siis, kui see on saadud elulemuse võrdlusandmete põhjal.

Konverentsi ettekannetes ja sõnavõttudes oli palju uut ja kasulikku onkoloogilise abi tõhusdamiseks.

*Evi Hint
Ago Viirmaa*

30. juunist 2. juulini 1987 toimus Moskvas **sotsialismimaade teadlaste psoriaasisümposion**. Arutlusel olid psoriaasi sotsiaal-majanduslikud aspektid, epidemioloogia, immunoloogia, geneetilised aspektid ning psoriaasahaigete ravi. Peale sotsialismimaade dermatoveneroloogide võttis sümposionist osa teadlasi Ameerika Ühendriikidest ja enamikust Euroopa riikidest.

Esimesel päeval olid tähelepanu keskmes psoriaasi epidemioloogia ja psoriaasi psühholoogilised ning sotsiaalsed aspektid. Üksikasjaliku ülevaate psoriaasi psühhoneurogeensest patogeneesist esitasid E. M. Farber kaasautoritega USA-st ning D. Paljan ja A. Kansky Jugoslaaviast. Psoriaasi sotsiaalsetest ja majanduslikest aspektidest Aafrikas rääkis O. E. Obasi Nigeeriast. Psoriaasi sotsiaalseid ja psühholoogilisi aspekte käsitles ka allkirjutanute ettekanne. Psoriaas on suhteliselt sageli esinev geneetilise soodumusega krooniline dermatosis, mille vallandajaks võivad olla mitmesugused ekso- ja endogeensed tegurid, sealhulgas psühhiline stress. Seda tuleb arvestada nii psoriaasahaigete ravimisel, dispanseerimisel kui ka rehabiliteerimisel.

Psoriaasi immunoloogiat ja immunogeneetikast olid N. Botev-Zlatkovi (Bulgaaria), S. Jablonska (Poola), T. Kopjeva (NSV Liit) ja N. Sönnichseni (Saksa DV) ettekanded. Leiti, et psoriaasi immunoloogia vajab veel uurimist ning võib osutada perspektiivikaks psoriaasi patogeneesi selgitamisel.

Suure huviga kuulati I. Raczi ja J. M. Balobanga (Ungari) ettekannet, mis oli rakumembraani anomaaliast psoriaasi korral ning selle uutest ravi võimalustest. On kindlaks tehtud rakumembraani tundlikkuse vähenemine β -adrenoretseptorite stimulaatorite ja histamiini suhtes, mida seletati membraani lipiidide suurenenud polarisatsiooniga. Tervetel inimestel avaldavad temperatuuri muutused sellele polarisatsioonile mõju, psoriaasi korral seda aga ei täheldata või on see vähene. See on tingitud rakumembraani rütmilisest psoriaasahaigega. Ravimpreparaadid (adamantiin, hepariin) ja ravimeetodid, mis suurendavad rakumembraani labiilsust, võiksid psoriaasi ravimisel kasulikud olla. Enamik ettekandeid oligi psoriaasi ravist. Juhiti tähelepanu ka sellele, et kortikosteroidid ja tsütostaatikumid on toksilisuse ja raskete kõrvalnähtude tõttu vastu näidustatud ning neid võib kasutada üksnes üliraskete haigusjuhtude korral.

Põhjaliku ülevaate suure hulga psoriaasahaigete ravist ja ravi tulemustest pikema aja jooksul esitasid A. Kalamkarjan ja J. Ašmarin NSV Liidust. Tavapäraste ravimeetodite kõrval oli tähelepanu keskmes PUVA-ravi või selle kombinatsioon aromaatsete retinoidide, nagu tigasoniga. Seda peetakse kõige tõhusamaks ravimeetodiks ning see on näidustatud esmajoones psoriaasi raskemate vormide korral. Täiendav medikamentoosne ravi parandab ravi tulemust, võimaldab protseduuride arvu ja ultraviolettkiirguse doosi vähendada.

Selektiivset fototeraapiat kui vähemtoksilist ravimeetodit käsitlesid J. Skripkini ja kaasautorite, samuti Z. Kešileva ja kaasautorite, selle kombinatsiooni PUVA-raviga V. Vladimirovi ja kaasautorite uurimused. Metaksalleeniga tehtava fotokemoteraapia tulemustest ning metaksalleeni kasutamisest suu kaudu ja vannidena rääkis C. T. Jansen Soomest. Tigasonravist andsid ülevaate M. Perez Ungarist ja H. W. Kreysel Saksa-maa LV-st, nad juhtisid tähelepanu ka tigason-ravi kõrvalnähtudele. Tõhusaks on osutunud psoriaasi ravimine ditranoolipreparaadiga. Sellest rääkis H. Brandt Soomest. Tulevikupreparaadiks psoriaasi ravimisel pidasid Saksa DV teadlased W. Diezel, R. Eckert, H.-D. Volk ja N. Sönnichen splenopentiini. Sellisele järeldusele olid nad tulnud eksperimentaalsete uurimiste alusel. Tsüklosporiin A-ga saadud tulemusi käsitlesid J. D. Bos kaasautoritega ja M. Meinardi kaasautoritega Madalmaadest.

Huvipakkuv oli nõukogude biofüüsiku A. Potapenko ja kaasautorite ettekanne PUVA-ravi kõrvalnähtude inhibeerimise võimalustest antioksidantidega (α -tokoferool, dibunool), samuti B. Berenbeini, E. Verbenko, N. Shumai ja V. Akimovi ettekanne. Viimane oli nende preparaate kasutamisel, mis avaldavad normaliseerivat mõju tsüklaasisüsteemi eri komponentidele — eüfülliini 0,15 2 korda päevas, paikselt 5%-list teofülliini-papaveriinisalvi või 5000 ühikut hepariini 4 korda päevas 10 päeva, 2 korda päevas 10 päeva ja edasi 1 kord päevas paranemiseni.

Psoriaasi retsidiivi profülaktikast kombineeritud taim- ja laserraviga rääkis R. Fedorovskaja NSV Liidust. F. Zverkova ja kaasautorite ettekanne oli psoriaasi kliinilistest iseärasustest ja ravi tulemustest lastel. Haiguse ägenemise korral soovitati kasutada kaltsiumipreparaate, B-rühma vitamiine, askorutiini, paikselt määrimiseks indifferentseid salve; vaibestaadiumis A- ja E-vitamiini, paikselt 10...20%-list naftalaani.

Järgmine sotsialismimaade psoriaasisümposion toimub kahe aasta pärast Varssavis.

*Elle Elberg
Herman Vahter*

II rahvusvaheline AIDS-i konverents toimus 23...25. juunini 1986 Pariisis. Selle avas Prantsusmaa tervishoiuminister M. Barzach, kes nentis AIDS-i kuulumist meditsiini keerukamate probleemide hulka. Seetõttu on oluline rahvusvaheline koostöö teadusuuringute, aga ka ravi- ja profülaktikameetmete väljatöötamise osas.

Arstide seltsides

Eesti Gastroenteroloogide Selts aastail 1986 . . . 1987

Ülevaate AIDS-i uurimisest andis ÜTO peadirektor H. Mahler. Plaanis on vahetada teavet, koordineerida uurimised, koopereeruda meditsiiniaparatuuri ja -seadmete tootmiseks.

Konverentsi presidendi J.-C. Gluckmani sõnusti hõlmavad AIDS-i uuringud mitut eriala: immunoloogiat, viroloogiat, kantseroloogiat jt. Kui AIDS võidetakse, saadakse vastus paljudele teistele küsimustele.

AIDS-i üle arutleti viroloogia, immunoloogia, kliiniku, epidemioloogia, profülaktika ja psühhiaatria sektisioonis. Võeti kokku seniste uurimustele tulemused, vaeti edasisi plaane.

AIDS-i viirusest (varem LAV/HTLV-III, nüüd HIV) on üsna palju teada saadud. Nagu märkisid professorid L. Montagnier ja R. Gallo, teatakse enamikku viiruse omadusi, ent viiruse bioloogias on seni jäänud palju välja selgitamata. Näiteks nn. tervete viirusekandjate probleem. Võiks ju arvata, et kord ilmunud antikehad tagavad organismile kaitse ka viiruse edasiste rünnakute vastu. Aga ei midagi taolist: viirusekandjal areneb haigus kas varem või hiljem. Huvitav on teinegi tõsiasi — nimelt põhjustab viirus organismi immuunsüsteemi hävimist ja surma T₄-abistaja-lümfotsüütide infitseerumise läbi. Uuemad andmed viitavad siiski teistegi T₄-retseptoreid omavate rakkude (monotsüüdid, ajurakud) infitseerumise võimalusele.

W. Haseltine'i arvates seletab AIDS-i viiruse molekulaargeneetika osa neist probleemidest, seadagi veel mitte lõplikult. Kõike seda silmas pidades on mõistetav, et AIDS-i viiruse vastast vaktsiini on raske luua.

Mõned konverentsil esitatud tööd olid üsna optimistlikku laadi. Tulevikuvaktsiiniks pakuti antikehi gp120-proteiini (viiruse ümbrise valgu) vastu. Kuid prof. L. Montagnier jäi skeptiliseks. Ta väitis, et vaktsiini ei saada ei homme ega ülehommel, see juures pidas ta silmas viiruse suurt geneetilist varieeruvust, eriti ümbrise valke kodeeriva geeni tasemel.

Ka seni kasutatud raviviisid ei ole andnud palju rõõmustavat. Prof. A. S. Fauci rääkis, et oodatud raviefekti ei saadud viirusevastases ravis katsetatud pöördtranskriptaasi inhibiitorite, nagu suramiini, HPA-23-ga. Immuunsüsteemi on püütud mõjutada γ -interferooniga, interleukiin-2-ga, luuüdi siirdamisega. Veel kord oldi sunnitud tunnistama, et tõhus on seni ainult profülaktika.

Epidemioloogiast ja tervishoiust oli palju ettekandeid. Tunti muret AIDS-i haigestumuse kiire suurenemise üle.

Kolmas AIDS-i konverents toimus 1987. aasta suvel USA-s.

Hele Everaus

Eesti Gastroenteroloogide Seltsi järjekordne koosolek oli 11. detsembril 1986 Tallinnas. Ettekanded olid haavandtõve medikamentoose ja kirurgilise ravi alalt.

K. Suurmaa käsitles oma ettekandes antatsiidide kasutamise põhimõtteid ja antatsiidide toimemehhanisme. Nii ettekandes kui ka järgnenud mõttevahetuses rõhutati, et antatsiidid on olnud ja peavadki jääma mao- ja kaksteistsõrmikuhaavandi ravimisel olulise- maiks ravimeiks tõhusa toime, ohutuse ning kättesaadavuse tõttu. Eriti suurt tähelepanu on viimastel aastatel pööratud kolloidsetele vismutipreparaatidele. On leitud selle ravimi uued raviomadused: haavandit kattev toime ning mõju kampülobaktereile mao limaskestal.

E. Lond andis põhjaliku ülevaate H₂-retseptorite blokaatorite avastamise, ravimpreparaatide toimemehhanismide, võimalike tüsistuste ning H₂-retseptorite blokaatorite kasutamise näidustuste kohta. Ta tõi näiteks kaksteistsõrmikuhaavandiga haigete ravi tulemused, neid haigeid oli ravitud tsimetidiiniga Tallinna Harjumäe Haigla gastroenteroloogiaosakonnas. Järgnenud arutelus leiti, et kuigi H₂-retseptorite blokaatoritega saadakse häid ravitulemusi peptilise haavandi ägenemise korral, ei väldi nad haiguse retsidiveerumist.

R. Salupere tutvustas oma ettekandes tsütoprotektiivset ravi, mis on eriti

oluline maohaavandi puhul. Meil on seni kättesaadavaiks tsütoprotektiivse toimega ravimeiks olnud desoksükortikosteroonatsetaat ning likviritoon. Nende kasutamist on piiranud mineraalkortikoididele iseloomulikud kõrvaltoimed, nagu vererõhu tõus ja tursete tekimine. Senisest rohkem on sellele ravi-suunale tähelepanu pööratud seoses uue tsütoprotektiivse toimega ravimpreparaadi, sukralfaadi kasutuselevõtmisega. Sukralfaat stimuleerib prostaglandiinide sünteesi ja kiirendab haavandi paranemist.

R. Truve rääkis vagotoomiameetodi arengust Eestis. Viimase 15 aastaga on vagotoomia muutunud kõige sagedamini tehtavaks maooperatsiooniks. Vagotoomia tõhususes ei pruugi enam kahelda. Arvati, et oleks vaja parandada gastroenteroloogide ja kirurgide koostööd ning täpsustada vagotoomia näidustusi.

22. aprillil 1987 toimus Tartus seltsi aruande- ja valimiskoosolek. Koosolekul käsitleti ka hüpolaktaasiat. Eestis on hüpolaktaasiat uuritud juba pikka aega, ent nii põhjalikult arutati seda koosolekul esmakordselt. Kuulati kaheksat ettekannet, mis tuginesid konkreetsetele uurimistulemustele.

Prof. K. Villako esitas hüpolaktaasia klassifikatsiooni — kaasasündinud hüpolaktaasia, omandatud primaarne hüpolaktaasia ja sekundaarne hüpolaktaasia. Ta rääkis ka omandatud primaarse hüpolaktaasia esinemissagedusest Eestis.

A. Tamm käsitles hüpolaktaasia diagnoosimise meetodeid ning nende diagnostilist väärtust arstiabi eri etappidel.

M. Lember rääkis Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi enteroloogialaboratooriumi korraldatud hüpolaktaasia esinemissageduse uurimisest Mari ANSV-s. Uurimistulemuste põhjal esineb maridel hüpolaktaasiat sageli — 81%-l elanikest laktoos ei imendunud. Uurimine toimub Soome ja Eesti NSV gastroenteroloogide koostööna.

R. Tammur esitas oma uurimistöö andmeid laktoositalumatuse sümptoo-

mide perekonniti esinemise kohta Saaremaal.

I. Kuusk jagas kogemusi hüpolaktaasia diagnoosimisest polikliinikus. Ta rõhutas laktoosi tolerantsustesti osa hüpolaktaasia kindlakstegemisel.

Allakirjutanu rääkis sekundaarsest hüpolaktaasiast. Sekundaarne hüpolaktaasia kaasub peensoole limaskestast kahjustustele, põhihaiguse möödumisel kaob ka laktoosi imendumise häire.

T. Tali esitas andmeid hüpolaktaasia ja piimatalumatuse kohta pärast maooperatsioone. Enne operatsiooni esinev hüpolaktaasia avaldub pärast operatsiooni laktoositalumatusest.

K. Villako sõnas hüpolaktaasiaalast arutelu lõpetades, et hüpolaktaasia raviks on kõrvuti laktoosivaba dieediga vaja leida igale inimesele ka laktoosi imendumishäirete korral talutav piimaannus.

Eesti Gastroenteroloogide Seltsi juhatuse esimees prof. K. Villako esitas seltsi 1983...1987. aasta töö aruande. Ta leidis, et seltsis valitseb demokraatia, mis seisneb enesedistsipliinis, teiste mõtete austamises ning valmisolekus kokkulepeteks. K. Villako avaldas lootust, et seltsi uus juhatust jätkab sama suunda.

Eesti Gastroenteroloogide Seltsi uue juhatuse esimeheks valiti prof. V. Salupere, aseesimeheks prof. N. Elstein, sekretäriks H. Rimmel, laekuriteks A. Tamm ja M. Margus, liikmeteks prof. K. Villako (endoskoopiasektsiooni esimees) ja E. Lond. Revisjonikomisjoni valiti N. Sachris, T. Kutsar ja R. Tammur. Prof. V. Salupere tänas seltsi liikmete nimel seltsi endist esimeest prof. K. Villakot tehtud töö eest.

Heidi-Ingrid Maaros

Kaadri ettevalmis- tamine

Teaduslikke kutseid

NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuva Kõrgema Atestatsioonikomisjoni presiidiumi otsusega 19. septembrist 1986 anti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi eksperimentaalse ja kliinilise toksikoloogia osakonna juhatajale, Eesti NSV Tervishoiuministeriumi peatoksikoloogile ning TRÜ õppejõule meditsiini-doktor **Hubert Kahnile** professorikutse hügieeni alal.

Uusi meditsiinikandidaate

11. veebruaril 1985 kaitses Moskvas NSV Liidu Meditsiiniakadeemia D. I. Ivanovski nimelises Viroloogiainstituudis oma väitekirja «Mõningate ravivahendite interferooni produktsiooni indutseeriv ja viirustevastane aktiivsus» Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi nooremteadur **Irina Kremerman**. Väitekirja on valminud bioloogiadoktor L. Priimäe juhendamisel. Oponeerisid meditsiini-doktorid professorid I. Barinski ja I. Balandin. NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuva Kõrgema Atestatsioonikomisjoni presiidium kinnitas 3. juulil 1985 I. Kremermani meditsiini-kandidaadikraadi.

Väitekirjas on käsitletud mõningate ravim-preparaatide interferooni produktsiooni indutseerivat ja viirustevastast toimet, mis suurendab organismi resistentsust. Uurimuse tulemusi on võimalik rakendada kliinilises praktikas mitmesuguste haiguste ravis. Uurimuse tulemusi on võimalik kasutada ka beeta-alaniinhappe derivaatide rühma kuuluvate sünteetiliste ainete hulgas selliste preparaatide otsimiseks, millel on interferooni produktsiooni indutseeriv ja viirustevastane toime loomkatsetes. Dissertatsiooni teemal on publitseeritud 14 tööd.

I. Kremerman on sündinud 27. detsembril 1946. 1972. aastal lõpetas ta Leningradi Sanitaarhügieeni Instituudi, 1979. aastast on töötanud Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi viroloogiaosakonnas. Praegu töötab vanemteadurina.

29. novembril 1985 kaitses Moskvas J. I. Martinsinovi nimelise Meditsiinilise Parasitoloogia ja Troopikameditsiini Instituudi erialanõukogu ees väitekirja «Kogemusi troopikamaades töötanud nõukogude spetsialistide filarioosi nakatumise tagajärgede likvideerimisel» Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi teadur, Vabariikliku Laevanduse Kesksaigla nakkushaiguste kabineti juhataja **Vera Mihhailova**. Väitekirja on valminud meditsiini-doktor prof. N. Ozeretskovskaja juhendamisel. Väitekirjas toodud uurimised on tehtud J. I. Martinsinovi nimelises Meditsiinilise Parasitoloogia ja Troopikameditsiini Instituudis ning Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudis ja Vabariiklikus Laevanduse Kesksaiglas. Oponeerisid meditsiini-doktor L. Jarotski ja meditsiinikandidaat A. Nemirovskaja. NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuva Kõrgema Atestatsioonikomisjoni presiidiumi otsusega 5. märtsist 1986 kinnitati V. Mihhailova meditsiinikandidaadikraadi.

V. Mihhailova on uurinud, kuidas vältida filarioosinakkuse sissetoomist meie vabariiki välismaal endeemilistes piirkondades töötanud nõukogude spetsialistide poolt. Sel eesmärgil on autor välja töötanud filarioosi diagnoosimise meetodid immuunsuseta isikul, on korraldatud filarioosihaigete dispanseerimist ravi efektiivsuse ning rehabiliteerimise kontrolliks. Endeemilistes piirkondades töötanud on tehtud kemoprofülaktilik, kasutusele on võetud üldprofülaktilised meetmed.

V. Mihhailova on sündinud 27. juunil 1928. 1952. aastal lõpetas Leningradi I Meditsiini-instituudi. Ta on kõrgema kategooria arst, praegu töötab Vabariiklikus Laevanduse Kesksaiglas nakkushaiguste kabineti juhatajana.

21. veebruaril 1986 kaitses Leningradi S. M. Kirovi nimelise Arstide Täiendamise Instituudi erialanõukogu ees väitekirja «Tööhügieeni põhi-küsimused tänapäeva stantsionaarsetes asfaltbetoonitehastes» Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi nooremteadur **Aleksei Povarov**. Töö juhendaja oli meditsiini-doktor prof. V. Retnjev, oponeerisid meditsiini-doktorid professorid N. Karpova ja I. Makulova. Kõrgema Atestatsioonikomisjoni presiidium kinnitas A. Povarovi meditsiinikandidaadikraadi 3. septembril 1986.

A. Povarov on teaduslikult põhjendanud ning formuleerinud tervist kahjustavad tegurid kuuma asfaltbetooni stantsionaarsel tootmisel. Need tegurid on ajutise töövõimetusega haigestumise juhtude põhjuseks ning kujutavad endast töötajate tervisele onkoloogilist ohtu. Uurimuses on toodud ka ülevabariigiline tervistavate meetmete kompleks töötingimuste parandamiseks ja haigestumuse vähendamiseks asfaltbetoonitööstuses.

A. Povarov on sündinud 4. septembril 1946. 1974. aastal lõpetas Leningradi Sanitaarhügieeni Instituudi. Praegu töötab Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Instituudis.

Ludmilla Priimägi

TRÜ arstiteaduskonna 1987. aasta lõpetajad

TRÜ arstiteaduskonna ravi-, pediaatria-, spordimeditsiini, stomatoloogia- ja farmaatsiaosakonna lõpetasid 1987. aasta suvel järgmised noored spetsialistid:

Katrin Abel, Reet Abel, Irina Ahmetsina, Kersti Aleksejeva, Malle Alilender, Baktõgul Ališeva, Imbi Anderson, Jelena Andrejeva, Raivo Ani, Tiitu Aule, Zinaida Avramova (kiitusega), Ljudmila Baljuk, Stella Baranova, Kevetan Beselija, Juri Belogorotsev, Gražina Bosaitė, Tatjana Brenner, Georgi Bujanovski, Irina Bõtškova, Liana Dolišvili, Manana Džangulašvili, Evelin Eding, Diva Eensoo, Kadri Einre, Toomas Ellervee, Peeter Ess, Albina Frolova, Györgyi Gantšos, Georg Gavronski, Maia Gavronski, Svetlana Gladštein (kiitusega), Meeli Glükmann, Mihhail Goldman, Mihhail Gorbunov, Andres Gross, Katrin Gross, Riina Gull, Triinu Haljas, Eve Hallistvee, Lily Hanson, Eva Harjakas, Jaanus Harro, Tiitu Hermlin, Kristin Hiietamm (kiitusega), Merike Hilpus, Vahur Hollo, Eve Holm, Katrin Huik, Maris Häidberg, Igor Ivanov, Larissa Ivanova (kiitusega), Anne Jaaniste, Ülle Jaanre, Janika Jaanson, Natalia Jakovenko, Kristina Jakovleva, Gelena Jaščanina, Pille Jõe-vee, Anu Järv, Aser Jürimäe, Lily Jürisoo, Jelena Kabanova, Hamor Kaha, Anu Kaane, Aili Kalju-rand, Jaanus Kaljusto, Mati Kallas, Mare Kalvet, Tauno Kalvet, Tiina Kanter, Taissia Karelina, Anželika Karpovits, Kaja Karu, Eerika Kesküla, Reet Kinks, Uno Kiplok, Maris Kivastik, Margit Kivistiku, Mari Kivivare, Oivi Koger (kiitusega), Helene Kokk, Margit Kolmer, Laili Konist, Gražina Kontrimaite, Maarika Koosapöeg, Ljudmila Korneva (kiitusega), Merle Kozlov, Zivile Krenciute, Ann Kull, Jüri Kullamaa, Marina Kure, Tiina Kurg, Siiri Kurvits, Katrin Kuus (kiitusega), Tiia Kuusk, Ulli Kvell, Reet Kõomägi, Ingrid Kärner, Andres Kärp, Piret Kääri, Katre Käärid, Aire Kütimets, Indrek Kütt, Tatjana Laadi, Ene Laanemäe, Kadri Laasik, Ülle Ladev, Häli Lahtein, Anu Laimets, Urve Lauring (kiitusega), Marje Leimann, Liivi Lelgus, Jana Lepik, Kalmer Lepik, Maiga Lepla, Piret Lepner, Maire Leppik, Sofia Levtsjuk (kiitusega), Terje Liiske, Urve Liiv, Marika Lilla, Malle Lilleberg, Aivar Linnamäe, Ljubov Ljašenko, Andrus Loog, Tiina Loog, Irina Lopajeva, Anu Lugovaja, Mairi Luht, Adalbert Luketša, Pjotr Lun, Riina Lääne, Nikolai Magatin, Armen Malhazjan, Merike Marge, Marju Mark, Irina Maslova, Kaia Matsaoru, Aive Meerits, Häli Mets, Imbi Metsaots, Anne Minka, Niida-Anita Morgen, Küllike Mugra, Age Murakas, Pille Murrik, Tuuli Mäe, Piret Mägi, Juta Mähar (kiitusega), Ene Mölder, Jaan Mölder, Helle Müller, Triin Nirgi, Aleksandra Nipadistova (kiitusega), Tatjana Novikova, Anda Nulle, Svetlana Nörko, Katrin Nõukas, Karin Oja, Anne Ojakaär, Niina Ojasaar, Katrin Otsalt, Marje Ott, Laili Paalberg, Ülle Padrik, Kalev Pahlha, Enar Pajula, Ruth Pajusoo, Toomas Palu (kiitusega), Valentina Pantšenko, Krista Papp, Meelis Papp,

Külli Parbus, Marju Past, Margus Peeba (kiitusega), Heli Peet, Riho Pettai, Ülli Pettai, Merike Pihl, Piret Piip, Anneli Piirsalu, Velga Plukše, Silvi Prihhodko, Agnes Purlau, Esti Põldmaa, Ene Pärna, Heiki Pärnpuu, Piret Rahuvarm, Virve Raidma, Maila Raidmäe, Jane Raidvere, Silvia Raiesmaa, Maret Rannik (kiitusega), Tiina Rass, Dace Ratfeldere, Merike Raud, Aare Raudsep, Rein Raudsepp, Reet Raukas (kiitusega), Kadri Rebane, Katrin Rehema, Imbi-Tiina Reili, Marge Reimand (kiitusega), Anu Reinold, Ain Reinumets, Marika Reinup, Riina Rešetova, Merike Rohtla, Retlav Roosipuu, Imbi Roosson, Piret Roost, Juri Rosenfeld, Vladimir Rusnak, Anu Saarm, Lili Saarniit, Marina Sahhalova, Maarike Sallo (kiitusega), Liina Salur, Aimé Saluvee, Guldraihai Sapakova, Peeter Sarjas, Terje Sein, Ljubov Semenzjuk, Valentina Semjonova (kiitusega), Hiljar Sibul (kiitusega), Urmas Sildre, Stepan Singajevski, Piret Sirel, Suren Sogomonjan, Anu Sökk (kiitusega), Rita Songisepp, Ülle Sonn, Marika Soopalu, Jaan Soplepmann, Pille Soplepmann, Mai Stern, Kadri Suits, Dainius Sukackas, Anne Suurna, Vello Sõgel, Ülle Sõmer, Margit Sõnajalg, Elviira Šafikova, Galina Sakuta (kiitusega), Mihhail Širokov, Larissa Škret (kiitusega), Tamara Zassuhhina, Tatjana Zenjova, Heli Zibo, Pille Talvik, Andres Tein, Pille Tein, Alla Tenn, Toomas Tiik, Mare Tilk, Karin Tinits, Katrin Toets, Kai Tralla, Maia Tšanturia, Irakli Tšikvišvili, Ene Tunder, Albina Tuuling, Sulev Ulp (kiitusega), Svetlana Uusneem, Ülo Vaabel, Tiina Vaher, Lea Vahter, Kanni Vahvik, Marit Vaitmaa (kiitusega), Aleksander Valdmets, Eneken Valtri, Tõnu Vanakesa, Mart Veerus (kiitusega), Malle Vihmann, Viljar Vihmann, Mari Viik, Ahti Virkus, Tatjana Voronetskaja, Sergei Voronetski, Nadežda Voronina, Ülle Võhma, Piret Värk, Katriin Võsa, Anne Öunapuu.

Tallinna Meditsiinikooli 1987. aasta lõpetajad

Jelena Aalik, Iiri Aasa, Monika Aasa, Vaike Aasumets, Anu Aettik, Anzela Aksjonova, Irina Alekseitsuk, Irina Aleksikova, Tatjana Alhimova, Ilona Alminas, Jelena Amelkina, Tiina Anijärv, Oksana Anissimova (kiitusega), Julia Andrussova, Ljudmila Antipjeva, Anna Arsenjeva (kiitusega), Kaja Artel, Ene Aruvee, Anne-Ly Asumets, Natalia Azareva, Gulnara Atajeva, Annely Balabin, Laura Balonina (kiitusega), Jelena Baltinskaja, Valentina Banitskaja, Julia Barakova, Sergei Baranov, Marina Bendjuga, Elvira Berg (kiitusega), Bella Bogareva, Galina Bogatova, Jelizaveta Bogomazova, Olga Borovitsenko, Ruslan Bõströh, Natalia Bozko, Oksana Božitško, Inna Burd, Galina Danilina, Jelena Demtšenko, Marina Djatlova, Oksana Djatsitsina, Merike Dubinina, Ella Dukova, Matli Einstein, Anne Eller (kiitusega), Inga Erik, Monika Ever, Ulvi Falk, Anna Fistik, Ljubov Fjodorova, Irina Frolova,

Inna Gavrilova, Jelena Gekk, Milana Generalova, Marina Getman (kiitusega), Alla Gleza, Natalia Globina (kiitusega), Ilona Golossova, Albina Golubitskaja, Krista Grau (kiitusega), Valentina Grigortsuk (kiitusega), Veera Grintsuk, Albina Gromova (kiitusega), Natalia Gultjaeva, Sekaterina Jutsene, Heli Juurma (kiitusega), Berit Juurmaa, Kaie Jürisoo, Piret Kaal, Signe Kadaja, Kristiina Kalda, Ülle Kalm (kiitusega), Eve Kalvet, Tatjana Karanina, Luule Karits, Galina Karpateva, Jelena Karpova, Valentina Kartašova, Ilona Karu, Lilian Karu, Marina Kašapeva, Inna Kazakova, Jelena Kazakova, Terje Kerem, Maria Ketris, Ave Kirikal, Marina Kirves, Ljudmila Klepikova, Jelena Klinkova (kiitusega), Viktoria Knjazeva, Larissa Kolos, Regina Kolossova, Natalja Kondakova, Tiina Koppel (kiitusega), Külli Kornelt, Irina Koromisel, Jana Kossareva, Jelena Kosenko (kiitusega), Piret Kosk, Natalia Kozarskaja, Irina Kovaljova (kiitusega), Katrin Kressel (kiitusega), Ülle Kroll, Tatjana Krotkova, Valeria Krölova, Tatjana Kulik, Viktoria Kulikova, Tiina Kulmet, Svetlana Kurillova, Natalia Kurjatnikova, Heidi Kurusk (kiitusega), Larissa Kuznetsova (kiitusega), Gerli Käos (kiitusega), Mai-Liis Käär (kiitusega), Külvi Künnapas, Jelena Ladõkina, Siiri Laidinen, Anzelika Lapikova, Julia Lazareva (kiitusega), Taimi Lasimer, Kaja Lauk, Janne Leel (kiitusega), Krista Lehis (kiitusega), Larissa Levandovskaja, Anžela Levtsenko (kiitusega), Jelena Lihoded, Ege Lindepuu, Jelena Lisitsa, Jelena Lisnitsaja (kiitusega), Marget Lootsmann, Evi Lužnikova, Ly Lutsar, Juta Luukas, Lidia Luukas, Jelena Lõkova, Arge Lärm, Ramiļa Mahmutova (kiitusega), Svetlana Majakina, Lidia Malõševa, Ljubov Malõševa, Elada Mamadzanova, Anželika Mamedova, Marina Mantulenko, Galina Markevits, Marina Meindok, Anžela Mekajeva, Alla Melnikova, Agnes Miil, Aire Milling, Ljudmila Minin, Tatjana Mirt (kiitusega), Viktoria Mitsenko (kiitusega), Jelena Muhina, Eve Muskat, Piret Mäeokas, Aire Mäeots, Kaie Mägi, Kaja Müürsepp, Galina Nekrassova, Olga Nikolenko, Marina Nilogova, Gerli Nilp, Rita Nõmm, Galina Okatskaja, Epp Ole, Aide Ootre, Natalja Ossadtsaja (kiitusega), Marianne Ots (kiitusega), Merle Ots, Epp Otstavel, Kätlin Ott, Luule Paas, Ingrid Papli, Svetlana Paškovskaja, Veera Penkova, Merike Peters, Jelena Petrova, Elle Pihel, Monika Pikk, Inna Pissareva, Natalja Podleskova, Tamara Pogrebnaia, Mari Pook (kiitusega), Larissa Popinako, Olga Popova, Jelena Popovitš (kiitusega), Irina Potakovskaja, Irina Potapsuk, Anu Prits, Anna Prjadko, Natalja Psenitsnaja, Tatjana Puškarjova, Erika Puusepp, Piia Pärn, Jana Pärna (kiitusega), Girta Päärson, Helen Rahuemeel, Angelika Raidma, Anneli Randal, Lilian

Rebas, Karin Reinbah, Piia Reisman, Olga Repina, Jelena Reppo, Irina Rešetilova, Kaja Ritsberg, Liis Rohlin, Külli Roosileht, Tea Roster (kiitusega), Jelena Rožkova, Natalia Ruban, Anna Rõbakova, Eva Rüpp, Tiina Rütel, Julia Safina, Svetlana Sagalataja, Tiia Saksing, Svetlana Salomon, Terje Salu, Anžela Sehvatoja (kiitusega), Marina Semjonina (kiitusega), Natalia Semjonova, Oleg Serebrjakov, Natalia Serebrjakova, Inga Sevtsenko, Ljudmila Sevtsova, Ingrid Sillat, Olga Silova, Ruslana Skoromnaja, Olga Slivina, Natalia Smirnova, Svetlana Smirnova, Svetlana Smirnova (Vesjolkina), Alla Smljusar, Tatjana Stamer (kiitusega), Ljubova Stepanova, Natalia Stepanova, Marina Stoljarova, Alvina Straih, Olga Strigun, Olga Suhhanova, Svetlana Suku-tite, Tiia Sõber, Oksana Šapirko, Tatjana Šapoval, Jelena Zvereva, Jelena Tabakojeva, Annika Tagaküla, Natalia Tailova, Tiina Taim, Hiie Tamm, Doris Tammik (kiitusega), Janika Tasa, Mare Tilling, Svetlana Tjukša, Olga Tjurina, Žanna Tolmatseva, Irina Tomorka, Pirge Tomps, Tea Tooming, Tiia Toomingas, Krista Tooren, Sirje Traks, Valentina Tron, Marka Truverk, Svetlana Tsernik, Jelena Tsernova, Viktoria Tsjunko, Oksana Tsumel (kiitusega), Oksana Tšepil, Nadežda Tšernova, Nino Tzinaridze, Olvi Uibo, Lilia Umarjova (kiitusega), Mare Umborg, Eler Univer (kiitusega), Ülle Uulman (kiitusega), Tiina Uus, Irina Ušakova, Marlen Vainlo, Anneli Valdok, Heli Valk, Liina Valter, Irina Vannik, Erika Varnatšjova, Svetlana Vassiljeva, Ekaterina Vee-piir, Viktoria Velikanova, Jelena Velissevits, Jelena Veršinina (kiitusega), Aljen Vibus (kiitusega), Kaja Viht, Rita Viktorova, Külli Villem, Anneli Vimb, Külliki Virolainen, Irina Volkova, Tatjana Volkova, Margarita Volubujeva, Natalia Vorobjova, Svetlana Vostrikova (kiitusega), Mari Vunk, Ülle Väli, Tiina Värk (kiitusega), Anneli Öun.

Tartu Meditsiinikooli 1987. aasta lõpetajad

Ester Abel, Katrin Ader, Esta Alver, Ülle Alviste (kiitusega), Külli Ansip, Leena Bondareva, Kersti Evisalu (kiitusega), Tiia Helmoja, Anneli Hussar, Katrin Hõimoja (kiitusega), Piia Ilves, Monika Jeenas, Jana Juhkam, Taive Jusson, Ruth Jõesaar, Marju Kaal (kiitusega), Tiia Kaasik, Külli Kade, Jana Kalsoja, Svetlana Kapinus (kiitusega), Giina Karu, Kert Karu (kiitusega), Kaja-Ly Karv, Taimi Kazalova, Riina Kivihall, Marika Koort, Mare Koppel (kiitusega), Kersti Kraiss, Tiina Kulberg, Siret Kuningas, Anneli Laube, Esta Lehes, Laili Lehtsaar, Svetlana Lein, Liina Lensment, Sirje Lepik (kiitusega), Anne Liiv, Merike Mets, Tiina Nekraš (kiitusega), Jaana Nellis, Signe Nursi (kiitusega), Tiina Olli (kiitusega), Andžela Paas, Merli Parman, Pille Pihlik, Margit Pihus, Jelena Poklonskaja, Irina Ponikarovskaja, Anneli Pöder, Reet Pärn, Krista

Pärtel, Anneli Raidsalu, Anu Raisma (kiitusega), Ellen Rebane, Sirje Rebane (kiitusega), Imbi Reintam, Maarika Rettpapp, Külli Rohtmets (kiitusega), Raili Rohumets, Diana Rutiku, Silja Saag, Pille Saal, Natalja Savitskaja, Eda Seer, Karin Sepp, Ülle Sims, Küllike Sirk, Tiina Susi, Ie Zeno, Ille Tappo, Silva Themas, Aine Tiik, Siivi Toobre, Anneli Tootsi, Anžela Tupkova (kiitusega), Lea Tõnts, Maarika Unt, Ülle Valvar (kiitusega), Sirje Viik, Riina Viira, Ruth Villik, Liis Voitka, Lidia Vookalju.

Kohtla-Järve Meditsiini- kooli 1987. aasta lõpetajad

Svetlana Abramova, Aleksei Aduškin, Dina Aljoškina (kiitusega), Zulfia Arslanova, Tamara Azarova, Maia Babajan, Diana Bernat, Anna Bogai, Anna Bognar, Inna Borissova, Irina Buhhal, Tamara Bului, Anna Butško, Vera Deren, Marina Drozdova, Alla Filjuta, Oksana Fjodorova, Natalia Galitš, Valentina Gavriljuk, Oksana Gigžak (kiitusega), Lesja Golubovskaja, Alla Gontšarenko, Alla Gnatenko, Ljubov Grabar, Maia Grihhovodova, Maria Grudna, Maria Iltšušina (kiitusega), Irina Ivanova, Natalia Jakubets, Olga Jamsja, Ljudmila Januhhina, Marina Jatskovskaja, Natalia Jepišenkova, Nina Kitšak, Lea Klimina, Oksana Kornitskaja, Svetlana Krivko, Jelena Kudrjašova, Galina Kurotška, Natalia Kovaljova, Rimma Labudina, Natalia Langinen, Jelena Lissova, Olga Lutsišina, Galina Malitskaja, Jelena Mihhailova, Stella Moškova (kiitusega), Natalia Mõtsko, Irina Narvatova, Elsa Ollo, Ljubov Pahhultšišina, Aleksandra Panas, Julia Paršina, Natalia Pavlova, Tatjana Pavlova (kiitusega), Marina Paškovskaja, Jelena Petrõšak, Olga Pirožkova, Inga Podatova, Jelena Podgornova, Natalia Poljakova, Žanna Prokošina (kiitusega), Valentina Ptšelinskaja, Alvina Rau, Irina Rogozenko, Inna Rõtikova (kiitusega), Galina Salabun, Anna Semenjuk, Ladislava Semussejeva, Nail Sibgatulin, Veronika Simohhina, Aleksandra Sivak, Nadežda Smeretskina, Nelli Starodubtseva, Nadežda Staruškevitš, Maria Staškiv, Galina Staško, Irina Stepanjuk, Ljudmila Stepanova, Tatjana Stepanova, Ljubov Struss, Maria Struss, Olga Surmatš, Mihhail Svereda, Svetlana Svintšuk, Lilia Šarova, Galina Šmonina, Olga Špet, Irina Šramova, Anna Ššensraja, Sofia Šumskaja, Oksana Zadorožnaja (kiitusega), Tatjana Zavivalkina (kiitusega), Nadežda Zoštšuk (kiitusega), Natalia Žuržejeva, Maria Terljuk, Jelena Tkatšenko, Alla Tolkovets, Jana Trizno, Natalia Tsubsa, Aleksandra Tšornaja, Olga Tšornaja, Galina Tšornak, Lidia Ududjak, Nadežda Vartšak, Ljudmila Vissitš, Nadežda Voitsehovskaja, Irina Võgodjanskaja.

Kriitika ja biblio- graafia

UDK 616-001(474.2)(049.3)

Mädase luuinfektsiooni ravi Seppo meetodil*

Retsenseeritav raamat, mis oma mahu poolest ei ole eriti suur, on A. Seppo nimelise Metallosteosünteesi Teadusliku Uurimise Laboratoriumi ja Kliiniku teadustööde kogumiku esimene köide. Peale sissejuhatuse on kogumikus kümme põhitemaatilist artiklit. Ehkki dotsent A. Seppo lahkus meie hulgast 1930. aasta aprillis, on tema kogumiku üks põhiautoreid ning see annab tunnistust sellest, et töö, mida A. Seppo alustas, elab edasi.

Raamatu pealkiri kätkeb artiklite põhitemaatika. Sissejuhatuses on tähelepanu juhitud tõsiasjale, et mädaste luuinfektsioonide ravi on mädase kirurgia ning traumatoloogia üks komplitseeritumaid ning aktuaalsemaid probleeme. Seepärast on uute mõjusate meetodite otsimine selliste haigete ravimiseks kõige õigem viis, vähendamaks invaliidistumisuhte ning tõhustamaks haigete sotsiaalset rehabiliteerimist.

A. Seppo ja H. Veerme rohkete illustatsioonidega artiklis «Mädase luuinfektsiooni ravi seadeldis» tutvustatakse üksikasjalikult A. Seppo poolt väljatöötatud aparati, nn. nõela ravimite luusiseseks manustamiseks, mille abil on ravimit võimalik doseeritult, pidevalt ning vahetult kahjustuskoldesse viia.

* Лечение костно-гнойной инфекции методами Арнольда Сеппо. Таллин, «Валгус», 1986, 116 стр.

Teema jätkub H. Veerme töös, milles on käsitletud ägeda hematogeense osteomüeliidi ravi meetodikat ning tulemusi. Autor on teinud kokkuvõtte 50 haige ravi tulemuste kohta. Neist pooled olid enne olnud ravil mitmete teiste liiduvabariikide haiglates, kuid ravi oli edukaks jäänud. H. Veerme on tulnud järeldusele, et haiguse varajase diagnoosimise, haigete õigeaegse hospitaliseerimise ning Seppo ravinõelte kasutamise korral paranevad need haiged täielikult. Kaob vajadus ka operatsiooni järele. Ravi hilistulemused on teada 38 haige kohta ning neid peetakse heaks. Mitte ühelgi juhul ei olnud haigus krooniliseks muutunud.

Nimetagem veel järgmisi artikleid: H. Nõmme «Kroonilise hematogeense osteomüeliidi ravi meetodid ning ravi tulemused», L. Pihkva ja N. Annisti «Traumajärgse osteomüeliidi kompleksravi ja selle tulemused» ning A. Vahimetsa «Luupanariitsiumi ravi meetodika ja tulemused». Kõigi nende tööde autorid on kasutanud Seppo ravinõela. H. Nõmm sai raviefekti peaaegu 90%-l ning L. Pihkva ja H. Annist 89,1%-l haigetest, A. Vahimetsa ravitud 210 haigest aga paranes 95,2%.

A. Seppo, A. Varese, V. Kallasti ning V. Zaitseva artiklis «Oksüdeeritud preparaadid ja osoon kui desinfitseerivad ja antibakteriaalsed vahendid» tutvustatakse mikroobse infektsiooniga kaasnevate haiguste ravi. Samas on ära toodud oksüdeerivaid aineid sisaldavate vannide kasutamise korral osonaatori optimaalne töörežiim.

H. Veerme, A. Varese ja N. Kostini töö käsitleb mädaste luuinfektsioonide mikrofloorat põletuste korral. Autorid on kindlaks teinud, et 85,9%-l on haiguse tekitajaks olnud *Staphylococcus aureus*. Etioloogilisest aspektist vähemtähtsad on olnud *Staphylococcus epidermidis* (9%-l), *Proteus mirabilis* ja *Pseudomonas aeruginosa* (5,1%-l). Antibiootikumidest on kõige mõjusamateks osutunud novobiotsiin, gentamütsiin ja rifampitsiin.

M. Liiger, L. Priimägi, J. Vogelberg, A. Vares ja H. Veerme, kes on uurinud

osteomüeliidihaigete rakulist ja humoraalset immuunsust, on kindlaks teinud, et osteomüeliidi korral on organismi immuunsüsteem tugevasti häirunud. Arstidel tuleb rakendada ravi haige immuunseisundi normaliseerimiseks.

G. Firsovi töös on vaatluse all KV-lahuse antibakteriaalne toime haava mikrofloora pärssimisse. Autor peab väga mõjusaks KV-1- ja KV-6-lahust, mille kasutamise korral mikroobide arv haavas väheneb 10...100 korda.

R. Koha on uurinud rasvglobuleemiat ja nn. rasvembooliat pikkade toruluude vigastustega haigetel. Ta on kindlaks teinud fibrinolüütilise aktiivsuse faasilisuse nende haigete veres ning peab õigeks juba esimestel päevadel pärast traumat, mil fibrinolüüs on saavutanud maksimumi, alustada ravi proteaasi inhibiitoritega.

Raamat on hästi illustreeritud, selles on röntgeniülevõtteid, skeeme, diagramme, tabeleid. Kõikide artiklite juurde kuuluvad inglise- ja venekeelne resümeed.

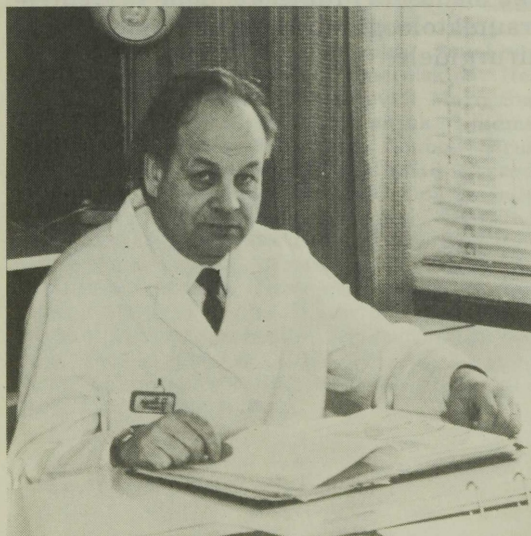
Kogumik on paljude aastate otsingute ning probleemide lahendustest sugenevad kokkuvõtte. On saadud neli autoritunnistust leiutiste (1979...1986) ja ühe välispatendi (1986, USA) kohta.

Arvame, et teadustööde kogumik pakub huvi nii Eesti kui ka teiste liiduvabariikide meditsiiniüldsusele, eriti aga mädaseid luuinfektsioone ravivatele traumatoloogidele-ortopeedidele ning kirurgidele.

Rein Raie
Semjon Umanski

Eesti arstid VII rahvusvahelisel meedikute rahukongressil

29. maist 1. juunini 1987 toimus Moskvas rahvusvahelise arstide liikumise «Maailma arstid tuumasõja ärahoidmise eest» järjekordne, juba seitsmes kongress. Eesti NSV-st olid kongressil Harju Rajooni Kuusalu Maa-ambulaatoriumi juhataja T. Allmägi, tervishoiuministeeriumi peareumatoloog O. Aakre, Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi vanemteadur E. Lond, Tartu Linna Polikliiniku peaarsti asetäitja M. Miidla, Kohtla-Järve RSN Täitevkomitee Tervishoiuosakonna juhataja A. Rodin, TRÜ arstiteaduskonna hospitaalsisehaiguste kateedri dotsent A. Seffer, Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee esimees U. Vagur, Tallinna Vabariikliku Onkoloogiadispanseri peaarst A. Viirmaa ja meie arstide delegatsiooni juhina Tallinna Pelgulinna Haigla peaarst, Eesti NSV teeneline arst V. Ilmoja. Temalt ongi järgnevad mõtted kongressil kuuldu kohta.



Ülemaailmsel arstide liikumisel, milles osaleb üle 170 000 arsti 55 riigist, on alles lühike ajalugu. Millised sündmused tähistavad liikumise arengut ja mõju?

Ülemaailmse arstide liikumise algatajaiks olid 1980. aastal NSV Liidu praegune tervishoiuminister akadeemik J. Tšazov ja USA nimekas meditsiiniprofessor B. Lown. Eesmärk oli ühendada erinevate poliitiliste ja maailmavaateliste töekspidamistega arste kogu maailmas võtluseks tuumasõja ärahoidmise eest, toetudes selles arsti kutseetikale ja kohusele ning inimestega suhtlemisele igapäevatoös. Lühikese aja jooksul on arstide liikumine saanud rahvusvaheliselt arvestatavaks arstide koalitsiooniks, mis 1985. aastal pälvis isegi Nobeli rahupreemia. See on ka tunnustus maailma arstide suutlikkuse ja nende tegevuse mõju kohta.

Paljude erialade arstid on omavahel koordineeritud teadusuuringute varal välja selgitanud, et tuumasõja tagajärjed on igal juhul katastroofilised nii inimkonnale kui ka meie planeedile. Need uurimistööd kinnitavad ka seda, et tuumarelvade tootmine ise on väga paljudele juba praegu, rahu ajal, surmatoova toimega. Maailmas kulutatakse relvastusele igal aastal 700 miljardit dollarit, sotsiaalhooldusele ja tervishoiule vajaminevaid summasid aga vähendatakse ja hoitakse kokku. Laste suremus, nende psüühilised ja somaatilised kahjustused, alatoitumus ja nälgimine on väga paljudes maades otseses sõltuvuses relvastuse tootmiseks kulutatud miljarditest.

I rahvusvaheline meedikute kongress toimus 1981. aastal USA-s Airlie's. Sellest võttis osa 100 arsti 12 riigist. 1982. aastal peeti II kongress Cambridge'is (196 arsti 31 riigist), 1983. aastal III kongress Amsterdamis (219 arsti 43 riigist), 1984. aastal IV kongress Helsingis (434 arsti 52 riigist), 1985. aastal V kongress Budapestis (800 arsti 55 riigist) ja 1986. aastal VI kongress Kölnis (4400 arsti 59 riigist). Moskvas toimunud kongressil oli üle 2500 arsti 55 riigist.

Milliseid kongressil kuuldu ettekandeid tõsaksite eriti esile?

Kongressi avakõne oli NSV Liidu Meditsiiniakadeemia presidendilt akadeemik M. Kuzinilt, kes on praegune arstide liikumise Nõukogude Liidu kaasesimees. Tema kõne juhtmõtteks olid Albert Einsteini sõnad: «Meile on vaja uusi mõtlemise kriteeriume, kui tahame ellu jääda». M. Kuzin rõhutas, et arstide liikumine on kogu maailmas pidevalt laienenud ja autoriteet järjest kasvanud. NLKP Keskkomitee sekretär A. Dobrõ-

nin tegi teatavaks NLKP Keskkomitee peasekretäri M. Gorbatsõvi läkituse arstide foorumile. Arstide liikumise täitevkomitee sekretär J. Pastore (USA) luges ette paljude riikide ja valitsusjuhtide tervitustelegrammid ning läkitused.

Väga huvitav oli akadeemik J. Tšazovi pikem inglise keeles peetud kõne. Ta rääkis veenvalt arstide kohusest anda kogu hing ja vaimujõud võtluseks haiguste ning sõja vastu. Relvastumine on kõikide maade ning rahvaste jaoks suurim risk. Arstid olid esimesed, kes üle maailma liitudes näitasid ära tuumasõja inimkonda hukutavad tagajärjed ja ka sellest pääsemise võimalused. Selleks on üksnes riikide- ja rahvastevaheline rahu.

Arstide liikumise täitevkomitee USA kaasimees, Harvardi Ülikooli kardioloogiaprofessor B. Lown rõhutas, et arstid on seisukohal, et üha langev elatustase maailmas on orgaaniliselt seotud jätkuva relvastumisega. Diplomaatia on vaja vastu seada ohtlikele sõjatendentsidele. Arstid on andnud vande võidelda kõige selle vastu, mis võib ohustada inimest, olgu see siis koolera, AIDS või tuumarelv. Nende ohtude väljajuurimine on arstide jaoks kategooriline käsk nii meditsiini kui ka moraali aspektist. Tuumarelvade hävitamise idee peab muutuma tähtsaks iga rahva, iga inimese teadvuses.

Kõik kongressil kuulnud ettekanded ja sõnavõtud olid kõitvad, südamest tulevad ja südamesse minevad. Selles mõttes oli kongress erandlik, erakordne, väga üksmeelne. Seepärast ongi raske kõigest lühidalt rääkida. Akadeemik V. Ždanovi võrdlus moodsa strateegilise pommituslennuki maksumuse ja maailmas rüügete likvideerimiseks 10 aasta jooksul Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni poolt tehtud kulutuste kohta on ilmekas ja mõtlemapanev. USA senaator A. Gore rõhutas, kui tähtis on tegutseda usaldamatuse ja hirmutamise vastu, mida suurriikidevahelises suhtluses ikka veel ette tuleb.

Viimasel kongressipäeval vaatasime filmi «Surnud mehe kirjad». Film on tuumasõjajärgsest maailmast ning erakordne, selle loojad on hästi suutnud hoiduda vulgaarsest politiseerimisest.

Kongressist osavõtjad kiitsid programmdokumendi «Millesse me usume» heaks. Selles on formuleeritud rahvusvahelise arstide liikumise tegevussuunad lähemaiks aastaiks.

*Kuuldud mõtted on kirja pannud
Vello Laos*

Kas tervishoiusüsteem hakkab paremini funktsioneerima?

See küsimus sai esitatud Eesti NSV tervishoiuministri esimesele asetäitjale Oku Tammele. On ju praegu, tervisekaitse arendamise ja NSV Liidu tervishoiu ümberkorraldamise ootel, kohane just nii küsida.

Tahaks kindlasti loota. Mis seal salata — kõik tervishoiuasutused, kogu tervishoiusüsteem ei olnud riiklikus mõttes mitte teisejärgulise, vaid hoopis kaheksanda-üheksandajärgulise tähtsusega probleem. Sellest tulenesid väga sagedad meie tööde ümberhindamised ja plaani muutmised koos finantseerimise muutustega, tervishoiurajatiste ehitamise venimine ehitusvõimsuste pideva puuduse tõttu ning palju muudki. Arusaadavalt ei mõjunud säärane toimimisviis soodsalt ei tervishoiukorraldusele, arstiabi kvaliteedile ega ka meditsiinitöötajate mainele. Praegu, mil toimub tervishoiu ümberkorraldamine, mil tervishoid on kuulutatud eelisarendatavaks ja reformitavaks sotsiaalsfääriks, on tervishoiuministerium teinud NSV Liidu Tervishoiuministeriumile õige mitmeid kaalukaid põhimõtteliselt uudseid ettepanekuid.

Nende nõuannete ja ettepanekute elluviimine mõjutaks kindlasti tervishoiusüsteemi funktsioneerimist, milles seni on ilmenud tõrkeid ja häireid. Mainiksin neist vaid mõningaid. Põhjalikult ning mitmekülgsest oleme neid probleeme arutanud mitmel nõupidamisel ja vestlusingis, neid on valgustatud ka tänavuses Asklepiose klubi vestluringi ülevaates (Nõukogude Eesti Tervishoid, 1987, 2, 135—142). Eelisarendamisele kuuluvad eelkõige profülaktiline meditsiin, emade ja laste arstiabi, viroloogia ja immunoloogia, kardioloogia, onkoloogia, traumatoloogia, psühhiaatria koos narkoloogiaga, ka sotsiaalhügieen ja tervishoiukorraldus ning ka tervishoiu juhtimine.

Profülaktilise meditsiini edasiminekut tervishoiusüsteemis ei ole seni toetatud ei teaduslike aluste väljatöötamise ega ka finantseerimisega. Kahjuks ei ole profülaktiline meditsiin veel sotsioloogia ega psühholoogiaga integreerunud. Tervishoiu edasiminek eelduseks on arstiabi täiustamise teaduslikult põhjendatud põhiprintsiipide olemasolu, mida meil samuti ei ole. Arusaadavalt peab tervisekaitsest, tervishoiu edasiminekest huvituma kogu meie üldsus, mitte üks-



nes meedikud. On uuritud ning ka kindlaks tehtud, et meedikud suudavad üksi toime tulla vaid poolte tervisekaitse mitmetahuliste ülesannetega. Kahtlemata on vaja läbi vaadata kõik haigus-toetuse maksmise eeskirjad. Ei ole ju päris õige haigustoetust maksta ambulatoorsel ravil või haiglaravil olevale töötajale võrdselt, sest ühel juhul ostab haige ravimid ning sööb omal kulul, teisel juhul aga on ravimid ja toit tasuta. Kaldun arvama, et peagi tuleb aeg, mil haige valib arsti ise. Esialgul võib-olla ei näe me veel selliseid arusaamade ega harjumuste muutusi, ka soovitud tulemusi mitte, edaspidi aga kindlasti. See on tegur, mis ühelt poolt soodustab tervishoiusüsteemi funktsioneerimist ning teisalt elanike rahulolu arstiabi suhtes. Mitmed nimekad arstid ning õppejõud on mõttevahetustes nentunud, et võimalus arsti valida stimuleerib arsti oma erialateadmisi täiendama juba sel põhjusel, et tema tööst lugu peetakse, et teda vajatakse.

Arstide seltside osatähtsust tuleks suurendada nii arstide atesteerimisel kui ka nende õiguste ja kohustuste laiendamisel üldse. Need seisukohad tuleks fikseerida arstide seltside põhikirjas ning arstide atesteerimise põhimääruses. Meie arvates muudaks see atesteerimise õiglasemaks ning mõjuks ka soodsalt arstide tööle.

Peame õigeaks allutada tervishoiuasutused (ka vabariiklikus alluvuses olevad) kohalikele tervishoiuorganitele.

Lisaks öeldule puudutavad meie poolt saadetud ettepanekud tsehhijaoskondade kui arstitööd dubleeriva osalist käitamist, ametkondlike tervishoiuasutuste reorganiseerimist, ettevõtetele ja majanditele oma tervishoiuasutuse rajamise ja koosseisude, ruumide, seadmete ning meditsiiniaparatuuri finantseerimise õigust oma töötajate eelisteenindamise eesmärgil. Ettepanekud puudutavad ka importravimite ostmist otse välisfirmadelt, samuti ka osalt tasulise arstiabi edendamist. Sel eesmärgil on vaja tutvuda ka teiste sotsialistlike riikide kogemustega.

Üle kahe aastakümne olete põhitöö kõrval olnud ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» peatoimetaja. Mida olete pidanud ajakirja hinnatavamaks ja tähtsamaks osaks ning saavutuseks?

Sellele vastates kordaksin osalt juba varem öeldut. Ajakiri on meil arstiteadusliku mõtte ja oskuskeele arendaja, on osa meie internatsionaalistlikust ja rahvuslikust kultuuriväärtusest. Ajakirja lugedes omandab lugeja muu hulgas ka eestikeelse meditsiiniterminoloogia, mis abistab arstiteaduskonna üliõpilast õpinguis, arste, õppejõude ja arstiteadlasi teadustööde, -artiklite kirjutamisel, ka loengutekstide täiendamisel. Pean väga tähtsaks, et meil on olemas eestikeelne teaduslik-praktiline meditsiiniajakiri. Pean hinnatavaks ka seda, et Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna õppejõud saavad värske sisuga häid teadusülevaateid, uudse sisuga artikleid üldse, et nad kui suure lugemusega autorid toimetuse püüdlusi siiralt toetavad, tagades kaastööde laekumise järjepidevuse. Olen veendunud, et järjekindel lugeja saab ajakirjast küllaldaselt hulgal teavet paljudelt meditsiinierialadelt, teaduses edasipürgivatele noortele peaks ajakiri suureks abiks olema.

Kui Te oma sünnipäeval hakkate tagasi vaatama kuuele aastakümnele, millest kokku 35 aastat olete arsti ja tervishoiujuhina töötanud, mis on siis olnud see, mis on Teid aidanud?

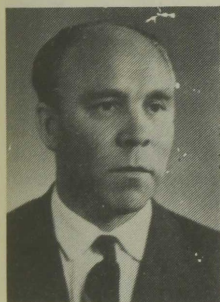
Need on olnud inimesed, esmajoones kaastöötajad, kolleegid, kellega olen päev-päevalt, aasta-aastalt koos sammunud, koos nii muret kui ka rõõmu tundnud. Arvangi, et miinimumnõue igale arstile, ja mitte ainult arstile, on suhtlemis- oskus. See loob kas väiksema või suurema inimeste rühma ning viljastab töökollektiivi loometegevust. Just seepärast on mul põhjust tänada väga paljusid. Ja lõpuks, mind on aidanud optimism ja huumorimeel.

*Mõtteid vahendas
Koit Leet*

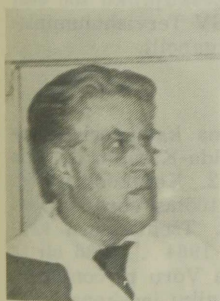
Meie juubilare



Benno Äniline, Eesti NSV teeneline arst, Tallinna Linna Kliinilise Lastehaigla ortopeed-traumatoloog, sai 17. juulil 75-aastaseks. Juubilar on sündinud Viljandis teenistuja perekonnas. Tartu Ülikooli arstiteaduskonna lõpetas ta 1937. aastal. Pärast seda asus tööle Tallinna Keskhaigla kirurgiaosakonnas. Aastail 1944...1950 oli ta samas osakonnajuhataja, Tallinna Vabariikliku Haigla traumatoloogiaosakonna juhataja oli 1950. aastast alates. B. Äniline on kõrgema kategooria traumatoloog. Juubilar on olnud Tallinna tervishoiuosakonna peakirurg ning Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi peatraumatoloog. B. Äniline on olnud ka Eesti Kirurgide Seltsi traumatoloogia-sektsiooni ning Eesti Traumatoloogide ja Ortopeedide Seltsi esimees. Aastail 1962...1966 oli ta NSV Liidu Ülemnõukogu saadik. Oma 50 tööaasta jooksul on B. Äniline andnud tervise tagasi sadadele haigetele ning oma rikkalikke töökogemusi edasi andnud mitme põlvkonna noortele arstidele. Hea töö eest on juubilar pälvinud Tööpunalipu ordeni ja V. I. Lenini juubelmedali ning palju aukirju.



Andrei Sarap, Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi teadusliku töökorralduse ja metoodika osakonna vanemteadur, sai 30. augustil 70-aastaseks. A. Sarap on sündinud Omski oblastis põllumehe perekonnas. 1944. aastal lõpetas ta Omski Meditsiiniinstituudi sanitaarhügieeni teaduskonna. Sama aasta sügisel tuli A. Sarap vanemsanitaarinspektorina tööle Eesti NSV Tervishoiu Rahvakomissariaati. Aastail 1947...1949 oli Pärnu Linna Sanitaarinspektsiooni juhataja ja Pärnu Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama paarast, 1949...1954 Virumaa Tervishoiuosakonna juhataja. Ajavahemikul 1954...1967 töötas A. Sarap Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi Ravi- ja Profülaktikavalitsuse juhatajana. 1965. aastal kaitses ta kandidaadiväitekirja tervishoiuorganisatsiooni alal. Alates 1967. aastast on töötanud Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudis. 1986. aastani oli teadusliku töökorralduse ja metoodika osakonna juhataja, 1986. aasta sügisest on töötanud praegusel ametikohal. A. Sarap on kõrgema kategooria tervishoiuorganisatsioon. Ta on aktiivselt osa võtnud ühiskondlikust tööst. A. Sarap on Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi teadusliku meditsiininõukogu presiidiumi ja ühingu «Teadus» metoodikanõukogu liige. Ta on instituudi teadustöötajate konsultant uurimistööde juurutamise plaanide koostamisel. Juubilari on autasustatud ordeniga «Austuse märk», kolme Eesti NSV Ülemnõukogu aukirja, tervishoiu eesrindlase rinnamärgi ja paljude medallite ning aukirjadega.



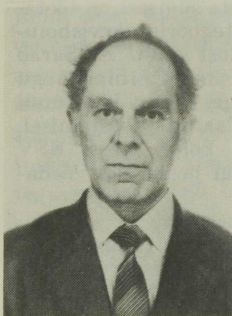
Raivo Toots, Eesti NSV teeneline arst, kõrgema kategooria terapeut, sai 5. juulil 60-aastaseks. R. Toots on sündinud Jõgeval töölis perekonnas. Keskkariduse omandas Tallinnas, Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna lõpetas 1952. aastal. Ajavahemikul 1952...1960 oli Pärnu-Jaagupis sanitaar- ja epidemioloogiajaama laboratooriumi juhataja, hiljem tervishoiuosakonna juhataja ning rajoonihaigla paarast. Aastail 1960...1962 õppis R. Toots Tallinnas kliinilises ordinatuuris teraapia erialal. Seejärel töötas aasta Pärnu Haiglas sisehaiguste osakonna ordinaatorina ning 1978. aastani sisehaiguste osakonna juhatajana. Samal aastal viidi R. Toots üle Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi inspektorarsti ametikohale. 1979. aastast oli ta samas ravi- ja profülaktilise abi valitsuse juhataja asetäitja, hiljem valitsusjuhataja. 1984. aastal määrati R. Toots Tallinna Kõrbihaigla paarstiks. Sel ametikohal töötas kuni tänavu pensionile minekuni. Juubilari erihvi on olnud kardioloogia, ta on oma teadmisi täiendanud Moskvas ja Kiievis. R. Toots on suurte kogemustega võimekas terapeut ning ta on olnud eeskujuks ja õpetajaks noortele arstidele. Teenete eest rahvatervishoiu arendamisel anti R. Tootsile 1978. aastal sotsialistliku töö kangelase nimetus koos Lenini ordeni ja kuldmedaliga «Sirp ja Vasar». Ta on olnud NSV Liidu Ülemnõukogu VIII koosseisu saadik.



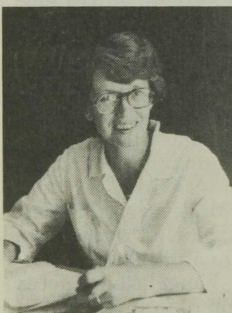
Manfred Silland, kauaaegne Narva Linna Kesksaigla peaarst, sai 18. juulil 60-aastaseks. Juubilar on sündinud Harjumaal põllutöölise perekonnas. 1946. aastal lõpetas ta Tallinna 1. Keskkooli ning 1952. aastal TRÜ arstiteaduskonna. Pärast ülikooli lõpetamist töötas Tõrva Haiglas akušöörigünekoloogina, aastail 1953...1957 Tõrva Rajooni TSN Täitevkomitee Tervishoiuosakonna juhatajana. Ajavahemikul 1957...1964 oli M. Silland Narva Linna Haigla peaarsti asetäitja ravi alal. 1964. aastast alates on töötanud samas peaarstina. Juubilar on kõrgema kategooria tervishoiuorganisaator ja esimese kategooria akušöörigünekoloog. Teda tuntakse kui energilist tervishoiuorganisaatorit, osavat ehitajat ja head spetsialisti. Pidevalt on ta tegelnud kaadri ettevalmistamise ja komplekteerimisega. Erilist tähelepanu on M. Silland pööranud tervishoiuasutuste materiaal-tehnilise baasi tugevdamisele, ravi- ja profülaktikaasutuste ehitamisele ja rekonstrueerimisele. Juubilaril on jätkunud jõudu ja taht aktiivseks ühiskondlikuks tegevuseks. Teda on valitud linnanõukogu saadikuks. M. Silland võtab osa alalise tervishoiukomisjoni tööst. On korduvalt olnud Narva Linna RSN Täitevkomitee liige. Juubilari on autasustatud Oktoobrirevolutsiooni ordeniga, medaliga «Eeskujuliku töö eest», V. I. Lenini juubelimedali, tervishoiu eesrindlase rinnamärgi ja paljude aukirjadega.



Gotlieb Tulmin, Tartu Kliinilise Haigla uroloog, sai 27. juulil 60-aastaseks. G. Tulmin on sündinud Läänemaal talupoja perekonnas. 1947. aastal lõpetas ta Tallinna 10. Keskkooli, 1953. aastal Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna. Aastail 1953...1962 töötas G. Tulmin kirurgina Tartu Kliinilise Haigla haavaosakonnas, ajavahemikul 1962...1977 uroloogiaosakonna juhatajana. 1977. aastast alates on töötanud samas uroloogina. G. Tulmin on suurte kogemustega hinnatud spetsialist, esimese kategooria uroloog. Korduvalt on ta oma teadmisi täiendanud Moskvas, Minskis ja Tartus. Ta on õpetanud ja juhendanud Tartu Meditsiinikooli õpilasi, TRÜ üliõpilasi ja interne. G. Tulminilt on trükist ilmunud palju teadusartikleid. Juubilar on olnud haigla ametiühingukomitee esimees, spordiorganisaator ja rahvakontrollikomisjoni liige. Ta on saanud palju aukirju.



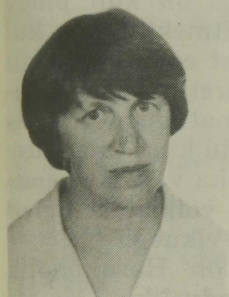
David Fuks, Kohtla-Järve Kiirabihaigla kirurgiaosakonna juhataja, kõrgema kategooria kirurg, sai 30. augustil 60-aastaseks. Juubilar on sündinud Žitomiris arsti perekonnas. 1951. aastal lõpetas D. Fuks N. Pirogovi nimelise Moskva II Meditsiiniinstituudi, seejärel alustas tööd kirurgina Kohtla-Järvel. 1958. aastast alates on ta töötanud praegusel ametikohal. D. Fuks on korduvalt olnud erialastel täienduskursustel Moskvas, Leningradis, Tartus. Juubilar on väga mitmekülgne kirurg: ta valdab võrdselt hästi kirurgilise ravi meetodeid nii torakaal-, abdominaal-, lastekirurgias kui ka günekoloogilises kirurgias. Ta on välja õpetanud ning juhendanud paljusid kirurge. D. Fuks on tervishoiu eesrindlane. Eeskujuliku töö eest on ta pälvinud aukirju ja suurt tunnustust nii Eesti NSV Tervishoiu-ministeeriumilt kui ka kohalikelt nõukogude ja tervishoiuorganeilt.



Niina Tšentropova, Eesti NSV teeneline arst, kõrgema kategooria terapeut, sai 10. juulil 50-aastaseks. Juubilar on sündinud Ida-Kasahhi oblastis Predgornoje rajoonis. 1954. aastal lõpetas ta Võru 2. Keskkooli, 1960. aastal TRÜ arstiteaduskonna. Pärast ülikooli lõpetamist töötas Võru Rajooni Kesksaiglas terapeudina. Aastail 1962...1964 oli N. Tšentropova kliinilises ordinatuuris sisehaiguste erialal. Ajavahemikul 1964...1986 oli ta Võru Rajooni Kesksaigla teraapiaosakonna juhataja ja Võru rajooni peaterapeut. 1986. aastast alates on töötanud Võru Polikliiniku jaoskonnaterapeudina. N. Tšentropova on aktiivselt osa võtnud ka ühiskondlikust tööst. Teda on korduvalt valitud Võru Rajooni Rahvasaadikute Nõukogu saadikuks. Tema juhendamisel töötab alatine tervishoiu- ja sotsiaalhoolduskomisjon. Juubilari on autasustatud V. I. Lenini juubelimedali ja paljude Eesti NSV Tervishoiu-ministeeriumi ning Võru Rajooni RSN Täitevkomitee aukirjadega.



Reeta Kimask, Võru Rajooni Keskhaigla vereülekandeosakonna juhataja, sai 29. juunil 50-aastaseks. Juubilar on sündinud Tartus töölisperekonnas. Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna lõpetas ta 1969. aastal. Pärast ülikooli lõpetamist suunati R. Kimask günekoloogina tööle Võru Rajooni Keskhaiglasse. Ta on teise kategooria günekoloog. 1975. aastast alates on R. Kimask töötanud praegusel ametikohal. Juubilar on aktiivselt osa võtnud ühiskondlikust tööst. Ta on Võru Rajooni Keskhaigla ametiühingukomitee esimees. R. Kimask on oma hea töö eest saanud palju aukirju.



Helgi Vakkur, Tallinna Pelgulinna Haigla reumatoloogiaosakonna juhataja, sai 27. juulil 50-aastaseks. Juubilar on sündinud Tallinnas teenistuja perekonnas. 1956. aastal lõpetas Tallinna 2. Keskkooli, 1958. aastal Tallinna Meditsiiniülikooli ja 1965. aastal Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna. Ajavahemikul 1965...1969 töötas H. Vakkur Maardu Keemiakombinaadi meditsiinilis-sanitaariosakonnas, 1969...1971 Pelgulinna Haigla Polikliinikus jaoskonnaterapeudina, 1971...1973 kliinilises ordinatuuris Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudis gastroenteroloogiaosakonnas. Kliinilise ordinatuuri lõpetamise järel töötas Kopli Polikliinikus gastroenteroloogina ja Pelgulinna Haiglas terapeudina. Alates 1977. aastast on H. Vakkur praegusel ametikohal. 1975. aastast tänaseni on juubilar olnud Tallinna Pelgulinna Haigla ametiühingukomitee esimees. H. Vakkur on kohusetruu, distsiplineeritud, heade organisaatorivõimete ja kõrge kvalifikatsiooniga tervishoiutöötaja, esimese kategooria terapeud. Juubilari tuntakse sõbraliku ja abivalmis arstina, kes on lugupeetud nii kaastöötajate kui ka haigete poolt. Tubli töö eest on H. Vakkurit austatud tervishoiu eesrindlase rinnamärgi ning Eesti NSV Ministrite Nõukogu ja Ametiühingute Nõukogu aukirjaga.



Edvitar Leibur, TRÜ arstiteaduskonna stomatoloogia kateedri dotsent, sai 4. septembril 50-aastaseks. Juubilar on sündinud Võrus töölisperekonnas. 1960. aastal lõpetas ta TRÜ arstiteaduskonna stomatoloogiaosakonna. Pärast seda töötas stomatoloogina Puhja Jaoskonnahaiglas. Aastail 1961...1968 oli E. Leibur Tartu Rajoonihaiglas Elvas stomatoloogiaosakonna stomatoloog. Ajavahemikul 1968...1970, seoses abikaasa tööalase komanderinguga Indiasse, töötas ta Banarasi Hindu Ülikooli Sir Sunderlali nim. Haiglas mittekoosseisulise stomatoloogina. 1970. aastal asus E. Leibur taas tööle Tartu Rajoonihaiglas Elvas stomatoloogiaosakonna juhatajana. 1973. a. kaitses kandidaadiväitekirja «Pulpiidi bioloogiline ravi glükokortikoidide ja antibiootikumide kombinatsioonide ning kaltsiumhüdroksiidiga». Aastail 1975...1980 töötas E. Leibur TRÜ arstiteaduskonna stomatoloogia kateedris assistendina, 1981. aastast on dotsent. Kutsekaasluse alusel on Tartu Kliinilise Haigla kirurgilise stomatoloogia osakonna stomatoloog ja konsultant. 1987. aastal kaitses E. Leibur doktoriväitekirja «Parodonti haiguste patogeneetilise ravi kliinilis-morfoloogilised alused». Juubilarilt on trükist ilmunud 56 teadusartiklit, neist seitse välismaa ajakirjades. 1987. aastast on ta täitnud ka TRÜ arstiteaduskonna morfofunktsionaalsete uuringute sektori juhataja kohustusi. Aastail 1978...1981 oli E. Leibur TRÜ arstiteaduskonna parteibüroo liige. 1984. aastast alates on ta olnud stomatoloogiaosakonna parteigrupi sekretär. Aastail 1978...1984 oli Tartu Stomatoloogide Seltsi esimees, 1978. aastast on olnud Eesti Stomatoloogide Seltsi aseesimees. Ta kuulub ühingusse «Teadus». Korduvalt on juubilarile avaldatud kiitust TRÜ rektori ja Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi käskkirjadega.

Mitme- sugust

UDK 002.6 : 614.23(474.2)

Mõnda meedikute lugemis- võimalustest, -huvidest ja -soovidest

Heli Talvoja · Tallinn

Eesti NSV, arstid, lugemus, erialakirjandus,
kirjandusnäitused

«Isegi suurest teadmiste hulgast, mis on saadud instituudis, piisab vaid mõneks aastaks. Arst peab õppima kogu elu. Arstidest loeb erialakirjandust umbes 20%. Ja neil ei ole ka alalist stiimulit oma kvalifikatsiooni tõstmiseks». Nii on öelnud NSV Liidu Meditsiinaakadeemia korrespondentliige, Ukraina NSV Teaduste Akadeemia akadeemik kardiokirurg N. Amossov (3).

Kui suur on meedikutest lugejate arv meil? 1987. aasta 1. jaanuari seisuga oli Riiklikul Teaduslikul Meditsiiniraamatukogul (RTMR) koos filiaalidega lugejaid 9263. 1986. aastal käidi raamatukogus 51 104 korral. Teadustöötajaid oli lugejaist 340, tegevarste 2043, keskastme meditsiinitöötajaid 944.

NSV Liidu Tervishoiuministeriumi käskkirjaga 14. aprillist 1986 on nendes rajooni keskhaglates, kus voodikohti on vähemalt 150, lubatud koosseisuline raamatukoguhoidja ametikoht. Seda võimalust on seni kasutanud üksnes Võru, Viljandi ja Kingissepa rajooni keskhagla (Hiiumaa ja Harju rajooni haglates on voodikohti alla 150). Niipalju teavet sissejuhatuseks.

Tegevarsti ja teadlasest meediku erialainformatsiooni vajadus on erinev. Esimene vajab teavet enamasti kohe või päeva, paari pärast, tal on vaja haige ravimisel kiiresti tegutseda. Oma ja kolleegide oskustest veel alati ei piisa, on vaja lisateavet. Teadlane aga on tavaliselt hõivatud pikemaajaliste uurimis- tega, tema infovajadus on küll pidev ja arvatavasti ka mitmekülgsem kui tegevarstil, kuid teavet ei ole vaja nii kiiresti saada. Tegevarstile oleks suureks abiks haigla raamatukogu või siis keskraamatukogu kaudu kiire ühenduse saamine nii kodu- kui ka välismaa andmepankadega. Seda võimalust meil praegu ega ka lähitulevikus ei ole.

Nõukogude Liidus on Harukondlik Automatiseeritud Teadusliku Meditsiiniinformatsiooni Süsteem (OACHMI), millel aga on mitmeid puudusi. Meie vabariik ei ole seda kasutanud.

1987. aasta aprillis Tallinnas toimunud meditsiiniraamatukogude konverentsil märkis NSV Liidu Riikliku Teadusliku Meditsiini Keskraamatukogu esindaja, et praegu ega ka lähitulevikus ei ole pööret paremuse poole loota. Pealegi ei piisa ühest andmepangast, olgu ta kui tahes täiuslik, et olla kursis oma eriala uudistega.

Meditsiinis peetakse kõige autoriteetsemateks järgmisi andmepanku ning nende alusel väljaantavaid infoväljaandeid: MEDLARS («Index Medicus»), EMBASE («Excerpta Medica»), ISI BIOMED («Science Citation Index», «Current Contents'i» seeriad), CANCERLIT («Carcinogenesis Abstracts», «Cancer Therapy Abstracts»), BIOSIS («Biological Abstracts»), PSYCINFO («Psychological Abstracts»), PSYDEX («Psychological Index»), ISI ISTPB («Index to Scientific and Technical Proceedings and Books») (2). Siia võib lisada ka Üleliidulise Teadusliku ja Teaduslik-Tehnilise Informatsiooni Instituudi (ВИНИТИ) referaatajakirjad.

Ei ole vaja kasutada kõiki eespool loetletud väljaandeid, sest iga meditsiineriala kohta on need erinevad, kuid nelja kuni kuut tuleks siiski kasutada (2). Peale ВИНИТИ referaatajakirjade

Tabel. 1987. aastal korraldatud erialakirjanduse näitused

Näituse korraldamise koht	Temaatika	Raamatute arv	Neist võorkeelset	Külastusi	Laenutusi
Lastekirurgide nõupidamine Tallinna I Lastehaigla	Lastekirurgia ja selle piirialad	73	24	23	1
	Lastekardioloogia ja -pulmonoloogia, laste ägedad respiratoorsed haigused	106	22	29	49
Põlva Rajooni Keskhaigla	Süsteemsed sidekoehaigused, immunoloogia, atoopilise astma ravi, veretbroloogia, ultraheli sünnitusabis ja günekoloogias, lastenefroloogia ja -pulmonoloogia	260	55	28	33
Psühholoogide, psühhiaatrite ja neuroloogide nõupidamine Harjumäe Haigla	Meditsiinipsühholoogia, psühhoterapia, psühhosomaatika, psühhiaatria	91	35	64	17
Lasnamäe Polikliinik Tallinna Väike-Õismäe Polikliinik	Kardioloogia Kardioloogia, pulmonoloogia, nefroloogia, reumatoloogia, gastroenteroloogia, pediaatria, refleksoteraapia, psühhoterapia, arsti ja haige suhted	192	19	11	17
Tallinna Linna Kliiniline Lastehaigla	Vastsündinute haigused, nefroloogia, varaealiste neuroloogia	163	12	29	32
Jõgeva Rajooni Keskhaigla	Uudiskirjanduse näitus	183	12	49	14
		211	23	42	53

(mille põhjal kserokoopiate saamine halva paljundusbaasi ja postiside aegluse tõttu võtab sageli 2...3 kuud aega, 10...20%-l juhtudest jääbki koopia saamata) on meil seni olnud võimalik kasutada veel kolme. «Biological Abstracts» ja osa «Current Contents'i» seeriaid on Eesti NSV Teaduste Akadeemia Teaduslikus Raamatukogus, «Index Medicus» ning üks «Current Contents'i» seeria («Clinical Medicine») RTMR-is. USA Teadusliku Informatsiooni Instituudi iganädalase väljaande «Current Contents» seeriaste sisukordadest saab teavet paari tuhande meditsiini- ja selle piirialade ajakirja kohta.

Informatsiooni eespool nimetatud väljaannete kasutamise kohta saab RTMR-i konsultatsioonidel.

Igal spetsialistil peaks olema teda huvitavate teemade kohta ka artiklite (mikrofilmide, diamikrokaartide, kserokoopiate, separaatide) kogu, see oleks tema isiklik väike andmepank. Raamatuid on ju raskem kätte saada nende väikese trükiarvu ja harvema ilmumise tõttu, samuti ei ole nendes sisalduv teave ilmumisajaks sageli enam piisavalt uudne ajakirjaartiklitega võrreldes.

Esitame tabelis andmed erialakirjanduse näituste kohta, mis on Eesti tervishoiuasutustes nende tellimisel korraldatud 1987. aastal. Näituse väljapaneku koostas RTMR-i metoodikaosakonna kirjanduspropaganda sektor.

Kaheksal näitusel oli 1279 väljaannet, neist 202 võorkeelset; külastusi oli 275, laenutusi 216. Nendest arvudest selgub, et näitusi külastati vähe, ehkki need olid haigla endi tellitud. RTMR-i töötajad omalt poolt püüdsid kirjanduse meedikutele töökohale viimisega säästa nende aega. Ent nii tömahukas ettevõtmine nagu seda on näituse ettevalmistamine ja korraldamine tervishoiuasutuses näis olevat väikese kasuteguriga.

Ära tuleb märkida näituse head haiglapoolset korraldust ja reklaami Jõgeva Rajooni Keskhaiglas. Näitus korraldati rajooni tervishoiutöötajate nõupidamise ajaks. Ka raamatuid laenutasid Jõgeva rajooni meedikud kõige rohkem. Näituse õnnestumises on suur osa Jõgeva Rajooni Keskhaigla peaarstil M. Tarumil ja peaarsti asetäitjal ning näituse otsesel haiglapoolsel korraldajal S. Zamkovajal.

RTMR-i töötajad pakkusid näitustel uemat kirjandust, põhiliselt viie viimase aasta jooksul ilmunut. Olgu öeldud, et enamikust raamatutest saab RTMR ainult ühe kuni kaks eksemplari. Palju oli näitustel autoreferaate, nende vastu tunti huvi. Sisuliselt on ju autoreferaadid uemate uurimuste põhituumaks. Arvestatavaid andmeid selle kohta, kui palju meedikuid oleks iga kord näitust külastama pidanud, ei ole võimalik esitada. Tuleb arvestada, et osa töötajaid on komanderingus, puhkusel, haiged. Ka näituse temaatika ei huvitanud kõiki. Ent alati on palju neidki, kelle huvidering on väga lai ning kes kasutavad iga võimalust kirjandusega tutvumiseks. Näitusekülastajate hulgas oli ka tervishoiuasutustes näituse korraldamise ajal toimuvatest kursustest osavõtjaid. Paraku oli informatsioon näituse aja, ruumi ja temaatika kohta mõnel pool vähene. Haigla peaks näitust reklaamima.

Kõigil näitustel oli RTMR-i töötajatel võimalus arstidega vestelda. Alati kordusid ühed ja samad soovid ning ettepanekud.

1. Meedikud ostaksid endale rohkem erialakirjandust, soovitakse ju omada ka isiklikku erialaraamatukogu. Takistuseks on raamatute raske kättesaadavus: trükiarv on väike ning hind suhteliselt kallis, eriti väliskirjandusel.

2. Soovitakse eriti viimaste aastate kirjandust, enamasti viimase viie aasta oma, vanemat juba harvemini.

3. Arstil kulub palju aega paberitööle, ühiskondlikele ülesannetele, olmeprobleemidele. Seda aega kasutatakse meelasti enesetäiendamiseks.

4. Kesklinnast kaugemal asuvate haiglate töötajad peavad RTMR-i sõitmist liiga palju aega nõudvaks, soovitakse oma haigla raamatukogu.

5. Võõrkeelse kirjanduse vastu tunakse halva keelteoskuse tõttu vähe huvi.

6. Erialase informatsiooni saamise võimalustest eespool nimetatud väljaannete, nagu «Index Medicus'e», «Current Contents'i» seeriade, ka ВИНИТИ referaatajakirjade, isegi raamatukogude-

vahelise laenutuse kaudu olid kuulnud vaid vähesed. Nii mõnelegi tundus olevat uudne, et peale raamatute võib endale muretseda ka artiklite, separaatide, koopiate, mikrofilmide kogu.

Seda, et erialakirjandust ei viitsitaks lugeda või ei peetaks lugemist vajalikuks, ei öelnud keegi.

Siiski lõpetaksin tsitaadiga Eesti NSV teenelise arsti, Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi peaterapeudi prof. N. Elšteini artiklist, mis ilmus ajalehes «Sirp ja Vasar». «Mõned meist, arstidest, tuleks samuti tooli külge siduda, et läbi töötada vajalik erialane kirjandus. Meie korraldatud terapeutide anonüümse ankeetküsitluse andmeist selgus, et 10% neist ei loe aasta jooksul ühtki erialast teost ja kolmandik loeb ühe kuni kaks meditsiinialast raamatut. Kirjutada sellest on raske, kuid nii see on.» (1).

KIRJANDUS: 1. Elštein, N. Sirp ja Vasar, 1987, 20. veebr. — 2. John, K. Meth. Inform. Med., 1985, 24, 163—165.

3. Амосов Н. Известия, 1987, 14. апреля.

Riiklik Teaduslik Meditsiiniraamatukogu

Helene Lepp



7. aprillil 1987 suri Valga Rajooni Keskhaigla tuberkuloosiarst Helene Lepp. Ta sündis 13. märtsil 1904. aastal Võrumaal Mõniste vallas talupidaja perekonnas. Alg- ja keskkhariduse omandas H. Lepp Valga Tütarlaste Gümnaasiumis.

Aastail 1924. . . 1931 õppis ta Tartu Ülikooli arstiteaduskonnas. Seejärel töötas lühikest aega Tartu Ülikooli II Sisehaiguste Kliinikus. Ajavahemikul 1931. . . 1935 oli H. Lepp Tartu Tuberkuloosinõuandla arst, 1935. . . 1936 Tartu Tiisikusravila juhataja.

1936. aastast kuni pensionile minekuni 1966. aastal töötas ta Valgas. H. Lepp oli ftisiaatrilise abi rajaja Valgamaal. Tema algatusel asutati Valgas tuberkuloosipunkt, hiljem nõuandla. Ta tegi rahva seas laialdast selgitustööd ja õhutas inimesi heategevusele. Lilled päevadel, kontsertidest saadud ning annetustest kogutud rahaga õnnestus tal 1937. aastal muretseda Valga Tuberkuloosinõuandlale oma aja parim röntgeniaparaat. See oli kasutusel veel 1960-ndatelgi aastatel.

1944. aasta sügisel asutati H. Lepa algatusel Valga tuberkuloosikabinet, hiljem reorganiseeris ta selle tuberkuloosidispanseriks. H. Lepp oli dispanseri esimene peaarst. 1955. aastal jäi ta tervislikel põhjustel jaoskonnaftisiaatri ametisse.

H. Lepp oli silmapaistev ftisiaater. Ta pooldas tuberkuloosihaigete varajast kirurgilist ravi. H. Lepp juhtis ka teiste arstide tähelepanu tuberkuloosihaigete varajase väljaselgitamise vajadusele. Ta oli Valga Arstide Seltsi ja Eesti Ftisiaatrite Seltsi liige.

H. Leppa oli autasustatud tervishoiu eesrindlase rinnamärgi, Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi ning muude aukirjadega.

Helene Lepast kui kohusetruust, abivalmis ja sõbralikust kolleegist jääb püsima helge mälestus.

*Kolleegide nimel
Peeter Rahu*

Astrid Lõhmus



5. mail 1987 suri Tartu Riikliku Ülikooli endine assistent ja Tartu Linna Stomatoloogia Polikliiniku ortopeediaosakonna kauaaegne juhataja Astrid Lõhmus.

A. Lõhmus sündis 17. jaanuaril 1915. aastal Harjumaal Kehra

mõisas metsaülema perekonnas. Hiljem olid vanemad talupidajad Viljandimaal Pajusi vallas. 1935. aastal lõpetas A. Lõhmus Põltsamaa Ühisgümnaasiumi. 1936. aastal astus ta Tartu Ülikooli arstiteaduskonna ravi-osakonda, mille kuueaastase kursuse lõpetas viie aastaga. 1941. a. hakkas A. Lõhmus suuja hambahaiguste kateedri volontäärassistendina tööle Tartu Riikliku Ülikooli Suuja Hambahaiguste Polikliinikus.

1944. aastal sai temast kateedri assistent, kuid juba 1945. aastal kinnitati A. Lõhmus vastloodud ortopeedilise stomatoloogia kateedri assistendiks. Sel ametikohal töötas ta 1950. aastani. Aastail 1949 . . . 1979 oli A. Lõhmus Tartu Stomatoloogia Polikliiniku ortopeediaosakonna juhataja, 1979. . . 1986 sama osakonna ordinaator. 1986. aastal jäi ta pensionile.

Aastail 1956 . . . 1960 õpetas A. Lõhmus Tartu Meditsiinikoolis ortopeedilise stomatoloogia teooriat ja juhendas praktikume. Alates 1950. aastast suunati tema juurde ortopeedilise stomatoloogia ja ortodontia alal stažeerima arste tervest Eestist.

A. Lõhmus oli kõrgema kategooria stomatoloog. Ta kuulus arstide ja hambatehnikute atestatsioonikomisjoni, 1964. aastast alates oli hambatehnikute atestatsioonikomisjoni esimees. Aastail 1967 . . . 1970 oli Tartu Linna RSN saadik.

A. Lõhmus võttis aktiivselt osa seltside tegevusest. Ta oli Tartu Stomatoloogide Seltsi asutajaliige, kuulus 10 aastat selle juhatusse ja 1959 . . . 1966 oli seltsi esimees.

Jääme teda meenutama kui lugupeetud õpetajat, abivalmis kolleegi, suurepärase arsti ja südamlikku inimest.

*Kolleegide nimel
Aljia Kõdar*

Aleksandra Lumeste



2. juulil 1987. aastal varises pärast rasket haigust manalasse Haapsalu Vabariikliku Neuroloogia ja Ortopeedia Haigla endine kauaaegne peaarst, kõrgema kategooria tervishoiuorganisaator ja esimese kategooria neuroloog Aleksandra Lumeste.

A. Lumeste sündis 26. märtsil 1932. aastal Leningradi oblastis töölis perekonnas. 1948. aastal asus ta õppima Petseri velskrite ja ämmaemandate kooli, seejärel töötas aasta velskrina. 1952. aastal alustas ta õpinguid Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna raviosakonnas, mille lõpetas 1958. aastal. Pärast ülikooli lõpetamist suunati ta röntgenoloogiks Haapsallu. 1961. aastal edutati ta rajooni tervishoiuosakonna juhatajaks. 1963. aastal sai A. Lumestest Haapsalu Vabariikliku Neuroloogia ja Ortopeedia Haigla peaarst, kellena ta töötas üle 20 aasta ning alles tervise halvenemisel 1984. aastal lahkus sellelt ametikohalt, jäädes samasse haiglasse osakonnajuhatajaks.

A. Lumeste oli L. Puusepa nimelise Eesti Neurokirurgide, Neuroloogide ja Psühhiaatrite Seltsi juhatuse kauaaegne liige. Põhjalike teadmistega ja oma erialasse kiindunud kolleegina oli ta armastatud ning lugupidatud kaastöötajate ja patsientide hulgas. A. Lumestet oli hea töö eest autasustatud ordeniga «Austuse märk», mitme medali ning paljude aukirjadega.

Mälestus Aleksandra Lumestest jääb kõikide nende südamesse, kes teda tundsid.

Kolleegide nimel Asta Pärl

Kaljula Aru



4. juulil 1987 viis äkksurm meie hulgast jäädavalt kõrgema kategooria psühhiaatri, suure eruditsiooniga arsti, väga paljude hea sõbra ja kolleegi Kaljula Aru.

K. Aru sündis 10. aprillil 1920. aastal Jõgeval si-

detöölise perekonnas. 1940. aastal lõpetas ta Valga Gümnaasiumi, 1949. aastal Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna, seejärel alustas tööd Tartu Kliinilises Psühhoneuroloogiahaiglas ordinaatorina. 1952. aastast oli ta samas haiglas osakonnajuhataja, kusjuures oli õppejõuna tegev arstiteaduskonna üliõpilaste kliinikupraktika juhendamisel ning täienduskursustel viibivate arstide õpetamisel. K. Aru kandis hoolt selle eest, et värskeimad meditsiinilised tervishoiupraktikasse viivitamatult jõuaksid. Ta oli suure lugemusega psühhiaater, tegevarsti töö kõrvalt jõudis ta kirjutada teadusartikleid ning kuus populaarteaduslikku brošüüri meditsiini alalt (peamiselt alkoholismist). Arsti ja osakonnajuhatajana saadeti tema juurde ravile kõige raskemalt haigeid, konsultatsiooniks kõige komplitseeritumaid haigusjuhte.

K. Aru töö ei piirdunud haigla ja kliinikuga. Ta oli hea mainega lektor ühingus «Teadus», autoriteetne usaldusarst Eesti NSV Ametiühingute Nõukogus, väsimatu L. Puusepa nimelise Tartu Neuroloogide, Neurokirurgide ja Psühhiaatrite Seltsi juhatuse esimehena.

Kaljula Aru arstiolemus ja -tegevus oli läbinisti põimunud kunsti- ja kirjanduslembusega. Tema tõlgendus arsti osast kultuuriharrastustes ja rahva kultuuriloos oli eeskujuks võtmist vääriv. Tema pilgu ja juhendamise all kasvasid arstideks tütar ja poeg.

Helge mälestus tundliku südame, avara pilgu ja mõistusega inimesest, kes oli raske arstikutse ja -tee eluks valinud kutsumuse järgi, on kustumatu.

Kolleegid ja sõbrad

Malle Kiens



7. juulil 1987. aastal suri Viljandi Rajooni Keskhaigla nakkusosakonna juhataja Malle Kiens.

M. Kiens sündis 19. jaanuaril 1934. aastal Tallinnas teenistuja perekonnas. 1953. aastal lõpetas ta Tallinna 7. Keskkooli ja 1959. aastal TRÜ arstitead-

duskonna raviosakonna. Pärast ülikooli lõpetamist töötas M. Kiens Viljandi Rajooni Keskhaiglas, algul nakkusosakonna pediatrina (ordinaatorina), hiljem rajoonipediatrina. 1967. aastast alates oli nakkusosakonna juhataja.

M. Kiens oli kõrge kvalifikatsiooniga arst. Ta oli laste- ja nakkushaiguste alase abi rajaja Viljandis. Erudeeritud ning suure töövõimega arstina oli ta äärmiselt nõudlik nii enese kui ka oma kaastöötajate suhtes. Ta oli hinnatud lektor, ühingu «Teadus» Viljandi Rajooni Keskhaigla algorganisatsiooni esimees, Viljandi Pediaatrite Seltsi esimees, Viljandi Arstide Seltsi juhatuse liige.

Kohusetruu töö ning aktiivse ühiskondliku tegevuse eest oli M. Kiensi korduvalt autasustatud rinnamärkide ja aukirjadega. Ta oli saanud ka tervishoiu eesrindlase ja sotsialistliku võistluse võitja rinnamärgi.

M. Kiens mõistis teisi inimesi, oskas anda haige abistamiseks parima.

Helge mälestus suurepärasest arstist jääb kõigi kolleegide ja kunagiste ravialuste südameisse.

Kolleegid

Jüri Linkberg



14. juulil 1987 viis raske haigus meie hulgast parimas loomeas Tartu Kliinilise Haigla pearsti asetäitja ravi alal Jüri Linkbergi.

J. Linkberg sündis 19. mail 1943. aastal Tartus arsti perekonnas. Tartu 5. Keskkooli lõpetas ta 1961. aastal, seejärel jätkas

aastail 1961...1967 õpinguid TRÜ arstiteaduskonnas. Ajavahemikul 1966...1977 töötas J. Linkberg Tartu Meditsiinikoolis kirurgia õpetaja ja kabinetijuhatajana. Aastail 1977...1982 oli ta TRÜ arstiteaduskonna operatiivkirurgia, topograafilise anatoomia ja ortopeedia kateedri assistent. 1982. aastast töötas J. Linkberg Tartu Kliinilise Haigla pearsti asetäitjana ravi alal. J. Linkberg oli esimese kategoria sotsiaalhügieeni- ja tervishoiuorganisator.

J. Linkberg oli alati väga nõudlik ja abivalmis kolleeg. Ta võttis aktiivselt osa Tartu Meditsiinikooli, TRÜ arstiteaduskonna ja Tartu Kliinilise Haigla ametiühingu- ning parteiorganisatsiooni tegevusest. Ta oli Tartu Tervishoiutöötajate Maja nõukogu esimees, Tartu 5. Keskkooli vilistlasnõukogu esimees ja ühiskondlike autoinspektorite nõukogu liige.

Jüri Linkbergi surmaga kaotasime abivalmis ja teotahtelise kolleegi, hea sõbra ja võimeka spetsialisti.

Tartu Kliinilise Haigla kollektiiv jääb J. Linkbergi leinama ning tema tööd jätkama.

Kolleegid

Uusi ravimeid

SULFALEEN-MEGLÜMIIN

(*Sulfalenum-megluminum*, сульфален-меглюмин)

Keemiliselt 2-(paraaminobenseen-sulfamido)-3-metoksüpürasiini N-metüül-glükamiini sool.

Sulfaleen-meglümiin on ülipika toimeajaga sulfaniilamiidi — sulfaleeni — vees hästi lahustuv ravimivorm.

Meditsiinis on kasutusel värvuseta või nõrgalt kollakas sulfaleeni N-metüül-glükamiini soola selge vesilahus, mille pH on 8,6...9,5.

Preparaadi kemoterapeutiline aktiivsus on sama mis sulfaleenil. Sulfaleen-meglümiini kasutatakse mädanakkuse korral kirurgias, neurokirurgias ja uroloogias, samuti raskete septiliste seisundite korral, pneumoonia, meningiidi ravis, kui on vaja kiiresti saada sulfaleeni terapeutilist kontsentratsiooni veres ja kudedes.

Sulfaleen-meglümiin on mõjus pneumo-, strepto-, stafülo-, meningo- ja gonokokkide, soole-nakkusi põhjustavate bakterite (soolekepike, düsenteeriategitaja, salmonellade), mõne *Klebsiella* tüve, trahhoomi- ja malaariategitaja korral.

Lihasesse süstitud ühekordne annus 5...10 ml annab terapeutilise kontsentratsiooni veres teoks ööpäevaks.

Preparaat eritub organismist aeglaselt.

Täiskasvanutel on soovitatav sulfaleen-meglümiini kasutada siis, kui teised kemoterapeutikumid ei ole toimunud või ei saadud neid manustada halva talutavuse tõttu. Ravim on näidustatud hingamisteede ägedate ja krooniliste haiguste (bronhiidid, bronhopneumooniad, pneumooniad, bronheктаasia), kirurgiliste ja günekoloogiliste mädanakkuste, sepsise, sapi- ja kuseteede nakkuste, mädabakteritest põhjustatud meningiidi, meningokokeemia korral. Kasutatakse ka pärast operatsiooni bakteriaalsete nakkuste profülaktikaks.

Preparaati manustatakse lihasesse või veeni. Täiskasvanuile süstitakse kerge ja keskmise raskusega haiguse korral esimesel päeval 5 ml, järgmistel päevadel 2 ml üks kord päevas. Ravikuuri kestus on 7...10 päeva. Raskete haigusjuhtude puhul süstitakse ravimit esimesel päeval 10 ml, järgmistel 2 ml üks kord päevas. Ravikuuri kestus 10 päeva. Mädaste meningiitide korral manustatakse sulfaleen-meglümiini 10 ml üks kord päevas kogu ravikuuri kestel.

Sümptomide taandumisel võib ravi jätkata sulfaleenitablettidega. Raskete bakteriaalsete nakkuste korral võib sulfaleen-meglümiini kombineerida antibiootikumidega. Profülaktikaks süstitakse pärast operatsiooni lihasesse või joana veeni 10 ml üks kord. Vajaduse korral süstitakse 6...7 päeva pärast veel kord.

Kõrvaltoimena võib preparaat põhjustada düspeptilisi nähte, löövet, leukopeeniat. Sel juhul tuleb annust vähendada või ravi katkestada. Ravimi võimaliku kumulatsiooni ja toksiliste reaktsioonide vältimiseks tuleb ettenähtud annustest ja ravikuuri pikkusest täpselt kinni pidada.

Sulfaleen-meglümiini kasutamise vastunäidustusteks on haigel sulfoonamiidipreparaatide kasutamise korral esinevad toksikoallergilised reaktsioonid (agranulotsütoos, hemolüütiline aneemia, dermatiit, hepatiit), samuti hüperasooteemia, rasedus.

Neerude talitlushäiretega haigete ravimisel sulfaleeniga on vaja teha regulaarselt vere- ja uriinianalüüse.

Pakendis on 10 ampulli á 5 ml 16,7%-list sulfaleen-meglümiini süstelahust. Hind 2 rubla 32 kopikat.

Ravim kuulub B-nimekirja. Säilitatakse valguse eest kaitstult.

Aino Jürison

Tervishoiuministeriumis

Tervishoiuministeriumi kolleegiumi aprillikuu koosolekul arutati koondise «Eesti Meditsiinitehnika» 1986. aasta tegevust. Koondis on tegutsenud kaheksa aastat, olles ainuke omalaadne ettevõtte kogu NSV Liidus. Tervishoiuasutused said 1986. aastal koondise kaudu meditsiiniaparatuuri ja -seadmeid, mitmesuguseid materjale ja teenuseid ligikaudu 31 miljoni rubla eest, kusjuures realiseerimisplaan täideti 112%-liselt, kasumiplaan 113%-liselt, töövõljakus kasvas 7,8%. Küsitluse andmeil on koondise tööd häirinud importseadmete hoolduseks vajalike kvalifitseeritud töötajate puudus ning aparatuuride ja seadmete tagavaraosadega puudulik varustamine. Tänavu asutati «Eesti Meditsiinitehnika» alluvuses olev iseseisev tootmis- ja kaubandusettevõtte «Optika», nüüd kontrollitakse kauplustes kõiki valmisprille. «Eesti Meditsiinitehnika» töötab edaspidi uue põhimääruse alusel. Koondise tegevuse aruande esitas peadirektor J. Raiend, kolleegiumi istungit juhatas minister prof. V. Rätsep.

Arutati veel vabariikliku alluvusega tervishoiuasutuste ja isemajandavate ettevõtete 1986. aasta finantsmajanduslikku tegevust. Aruande esitasid «Eesti Meditsiinitehnika» peadirektor J. Raiend ja Apteekide Peavalitsuse juhataja E. Sassi.

Meie vabariigi meedikud ja tervishoiujuhid on aastate jooksul palju ära teinud laste suremuse vähendamisel. Et viimasel ajal on ilmnunud vastündinute ja imikute suremuse suurenemistendents, on meie lasteraviasutuste tööd käinud analüüsimas NSV Liidu Tervishoiuministeriumi kontrollkomisjonid. 23. aprillil 1987 arutati kolleegiumi istungil järjekordselt nii tervishoiuministeriumi kui ka tervishoiuasutuste tööd laste suremuse vähendamisel. Aruande esitas valitsusjuhataja E. Tomberg, kes andis ülevalta eespool nimetatud kontrollkomisjoni töö kohta.

Edaspidi on tähtis parandada lastehaiglate ja -polikliinikute materiaalselt baasi, need asutused tuleb varustada ka tänapäevase meditsiiniaparatuuriga. Sanitaarharidustöö tuleb muuta huvitavamaks, seega ka mõjusaks. Ilma nimetatud eeldusteta on vähe tõenäoline, et laste suremuse suurenemistendentsi võiks peatada. Tingimata on vaja paremaks muuta perinataalne diagnoosimine.

Samal koosolekul arutati sugu- ja nahahai-gustesse nakatumise vähendamist, riskirühma-desse kuulujate diagnostilise uurimise täiustamist ning profülaktikaalase sanitaarselgitustöö tõhus-tamist. Naha- ja suguhaiguste dispanserites ning kabinettides uuritagu dispanserituid ja riski-rühma kuulujaid ka AIDS-i suhtes.

Veel oli kõne all importseadmete vähene kasu-tamine, mis toob kahju arstiabi kvaliteedile. Aru-tati ka arstide ja proviisorite kvalifikatsiooni tõstmist 1986. aastal, samuti 1988. aastaks kavan-datud kvalifikatsiooni tõstmise kursuste plaani. Kolleegium andis oma soovitusena Pärnu Linna Haigla, Jõgeva sõja- ja tööveteranide polikliiniku (koos apteegiga), Tallinna Kiirabihaigla juurde rajatava traumatoloogiakliiniku (A. Seppo nim. Metallosteosünteesi Teadusliku Uurimise Labo-ratooriumi ja Kliiniku) ning Taevaskoja laste-sanatooriumi tehnoloogiliste projektide kohta.

28. aprillil arutati tervishoiuministeriumi ja sotsiaalhooldusministeriumi kolleegiumi ühis-istungil invaliidistumise profülaktika meetmeid ning invaliide meditsiinilist ning sotsiaalset ja kutsealast rehabiliteerimist. Kuulati P. Laane, peaspetsialistide I. Risti, H. Väre ja prof. A.-E. Kaasiku ning peaeksperti N. Tihase aruandeid. Arutatav probleem on erakordselt tähtis, sest meie vabariigis ei ole seni nimetamisväärseid sotsiaalse ega meditsiinilise rehabilitatsiooni või-malusi olnud. Need võimalused ja baasid tuleb alles leida ja rajada, sest sellist abi ja hoolt vajavaid inimesi on palju. Seni aga on nende heaks tehtud veel väga vähe. Ühisistungil kinni-tati aastaiks 1987...1990 kavandatud meetmete kompleks invaliiduse profülaktika, invaliidistu-misjuhtude esinemissageduse vähendamise ning elanike töövõime taastamise alal Eestis.

7. mail peetud kolleegiumi istungil arutati narkomaania- ja toksikomaaniavastast võitlust koos Eesti NSV Siseministeriumi esindajatega. Aruande esitas Vabariikliku Narkoloogiadispanser-i peaarst A. Liiv. Narkomaania- ja toksiko-maaniajuhte on kindlaks tehtud peamiselt Põhja-Eesti linnades. Kuid pingutustele vaatamata ei ole meil seni olnud selget ülevaltaet selle kohta, mil määral meil uimastite kasutamine on levinud. Siiski on ilminguid, mis näitavad, et narkomaania ja toksikomaania levik laieneb. Leviku tõkes-tamiseks aga on vaja uusi meetmeid ja vahendeid: on vaja mõjusat sanitaarharidustööd eriti noorte hulgas, ka spetsiaalset raviasutust, erisuunitlusega seadusandlust, kadri väljaõpetamist, ladusat koostööd ametkondade vahel.

Uroloogiliste haiguste diagnoosimises ja ravis on meil veel palju ära teha. Nende haigete tarvis ei ole seni piisavalt olnud osakondi ja kabinete ega ka haiglakohti. Ultraheli- ja isotoopdiagnoosimise võimalusi on vaja laiendada, uroloogilisi haigeid on vaja enam uurida, ka bakterioloogiliselt, enam tuleb tegelda lasteuroloogiaga ning kindlasti oma teadmiste täiendamiseks.

Kõne all oli veel importravimite ordineerimine ja nende ümberjaotamine vastavalt vajadusele, samuti ravimite asendamine teiste samatoime-listega.

Nakkushaiguste spetsiifilist profülaktikat, ni-melt kaitsepookimiste korraldamist, nende õige-aegsust, samuti alaliste ja ajutiste meditsiiniliste vastunäidustuste üle otsustamist arutati 28. mail toimunud kolleegiumi koosolekul. Põhiettekanne oli ministeriumi peapedimeoloogilt J. Märtnilt. Ta analüüsis laste immuniseerimise kõiki külgi.

Ilmnes, et Eesti eri paigus tõlgendatakse vastu-
näidustusi erinevalt. Seetõttu jääb osa lapsi
immuniseerimata. See aga võib avaldada nii mõ-
negi nakkushaiguse esinemissageduse suureni-
mises. Arutelu juhatas tervishoiuministri esi-
mene asetäitja O. Tamm.

Samal koosolekul arutati põletuste korral anta-
vat arstiabi, millega põhiliselt tegeldakse A. Seppo
nim. Metallosteosünteesi Teadusliku Uurimise
Laboratooriumi ja Kliiniku põletuskeskuses. Üks
kolmandik sinna hospitaliseeritud haigetest on
lapsed. Keskus tegutseb erakordselt kitsastes
oludes, ta vajab aga avaraid ja omaette ruume.
Kliinikus ei ole eri ruume, seadmeid ega ka
koosseisu kudede ettevalmistamise ja konserveeri-
mise laboratooriumi jaoks. See kõik peab olema
uues traumatoloogiakliinikus, mille ehitamisega
alustatakse 1988. aastal ning mis on mõeldud A.
Seppo nim. Metallosteosünteesi Teadusliku Uuri-
mise Laboratooriumi ja Kliiniku uueks asu-
kohaks.

Samal päeval arutati koos Tervishoiutöötajate
Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee presi-
idiumiga ajutise töövõimetuse ekspertiisi Tallinna
tervishoiuasutustes, sest eriti Tallinnas on aju-
tise töövõimetuse juhte kõige enam.

Päevakorras oli veel laste tervise kaitse Kohtla-
Järve linna ja Rakvere rajooni koolieelsetes
lasteasutustes. Kuulati taas ministeeriumi valit-
susjuhataja E. Tombergi aruannet ja analüüsi
laste suremuse kohta. Kuulati ka informatsiooni
Eesti NSV elanike haigestumuse vähendamise
sihtkompleksprogrammi koostamise ning komis-
jonide ülesannete kohta.

Vello Laos

Tartu Riiklikus Ülikoolis

Arstiteaduskonna nõukogus kuulati 19. mail
anatoomia ja histoloogia kateedri dotsendi kohuse-
täitja M. Maseri *venia legendi* loengut «Südame
morfogenees». Loeng hinnati kordaläinuks. M.
Maser on juba aastaid vanemõpetajana pidanud
iseseisvaid loengukursusi. Nõukogu otsustas
M. Maserile taotleda dotsendikutse.

Teaduskonna komsomolibüroo asesekretär E.
Allikmets esitas aruande üliõpilaste ideoloogilise
kasvatustöö kohta. Ta käsitles mitmeid probleeme:
üliõpilaste maailmavaate kujundamist, üliõpilaste
osalemist haridusprobleemide arutamises, ÜTÜ
ja omavalitsuse arengut. Ettekanne põhjustas
elava diskussiooni. Leiti ka, et komsomoliorgani-
satsioonil tuleb energilisemalt tegelda omavalit-
suse rakendamisega.

Kuulati ka loogika ja psühholoogia kateedri
juhataja prof. M. Kotiku ettekanne «Tulevaste
meedikute suhtlemisoscuse arendamise võimalu-
si». Psühholoogid oleksid valmis lugema vastavat
erikursust arstiteaduskonna üliõpilastele. Moo-
dustati komisjon fakultatiivkursuse väljatöota-
misteks.

Operatiivkirurgia ja uroloogia kateedri juha-
taja prof. E. Sepp esitas kateedri viimase viie

aasta tegevuse aruande. Kateeder on juurutanud
uusi diagnoosimis- ja kirurgilise ravi meetodeid,
on juhendanud aspirante ja doktorante ning
korraldatud teaduskonverentse. Kaasaruandja
prodekaan prof. L. Põkk märkis, et prof. E. Sepp
on heade organisaatorivõimetega kauaaegne tea-
dusprodekaan, kelle juhitud kateeder teeb head
õppemetoodilist tööd. Ka õppevahenditega on
kateeder hästi varustatud. Otsustati prof. E. Sepp
esitada kateedri juhataja kohale ka järgmiseks
tööperioodiks.

Aruandega esines ka teaduskonna sisehaiguste
kateedri juhataja prof. V. Salupere. Kateedri
töö tulemused ja prof. V. Salupere tegevus kate-
edri juhatajana hinnati heaks. Noored õppe-
jõud on kaitsnud kandidaadiväitekirju. V. Salu-
pere otsustati esitada taasvalimiseks kateedri
juhataja kohale järgmiseks tööperioodiks. Prode-
kaan dotsent H. Silm rääkis teaduskonna üli-
õpilaste kevadiseks eksamisessiooniks valmis-
tumisest ja arvestuste sooritamisesest, samuti
lõpetajate riieksamiteks valmistumisest.

Arstiteaduskonna nõukogu ja parteiorganisat-
siooni ühisel koosolekul esitas *venia legendi*
loengu patoanoomia kateedri dotsendi kohuse-
täitja T. Truupõld teemal «Sepsise patomorfo-
loogia». Nõukogu liikmed andsid loengule hea
hinnangu ning T. Truupõllule otsustati taotleda
dotsendikutse. Arutati ka kuue aspirandi kandi-
daadiväitekirjade valmimist.

TRÜ arstide, stomatoloogide ja farmatseutide
täiendamise ja spetsialiseerimise teaduskonna
dekaan prof. H. Tikko esitas aruande arstitea-
duskonna õppejõudude täiendusel ja stažeerimisel
viibimise kohta. Ta nimetas 19 õppejõudu, kes
pole ammu oma teadmisi täiendamas käinud. Kah-
juks on välismaal stažeerimise võimalused väga
piiratud.

Arutati ka arstiteaduskonna poolt tehtud ette-
panekuid üldhariduskooli õppeplaani koosta-
miseks. Projekti esitas allakirjutanu. Ettepane-
kud kinnitati ning esitati Eesti NSV Haridus-
ministeeriumile.

Arstiteaduskonna lõpuaktus toimus 27. juunil
TRÜ aulas. Aktusel esines sõnavõtuga ka tervis-
hoiuminister prof. V. Rätsep. Diplomid andis
lõpetajatele kätte teadusprorektor prof. A. Kalli-
korm.

Lembit Allikmets

Tervishoiutöötajate ametiühingus

30. juunil 1987 peetud Tervishoiutöötajate
Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee presi-
idiumi koosolekul olid põhiküsimustena kõne
all töödistsipliini tugevdamine, võitlus joomar-
luse ja mittetöise tulu vastu Kingisepa rajooni
tervishoiuasutustes (põhiettekanne M. Allikult);
voodifondi intensiivse kasutamise eksperimendi
tulemused Tallinna Pelgulinna Haiglas ning Võru
Rajooni Keskaiglas (V. Ilmoja, M. Karlis); 1986.
aasta ametiühingu aruande- ja valimiskoosoleku-
tel ning -konverentsidel esitatud kriitiliste mär-
kuste ja ettepanekute realiseerimine (T. Hendrik-

son). Arutati ka elamuseadusandluse järgimise kontrolli täitmist.

Juulikuu koosolekul oli päevakorras 1987. aasta ametiühingu aruande- ja valimiskoosolekuteks valmistumine. Alates sellest aastast toimuvad aruande- ja valimiskoosolekud igal aastal ainult niisugustes ametiühinguorganisatsioonides, milles on kuni 150 liiget.

NSV Liidu Ülemnõukogu Presiidiumi seadlusega 25. maist 1987 anti suure panuse eest tervishoiu arendamise ja ennastalgavuse eest arstikohuse täitmisel NSV Liidu rahvaarsti aunimetus Balti Raudtee Eesti Raudteekonna Haigla kirurgiaosakonna juhatajale Evald Juhani p. Kulamaale.

Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi seadlusega 18. juunist 1987 anti kauaaegse eduka töö ja teenete eest tervishoiu ja meditsiinilise abi edendamisel Eesti NSV teeneline arsti aunimetus järgmistele arstidele:

Faenkova, Niina Nikolai t. — Kohtla-Järve 2. Linnahaigla polikliiniku juhataja

Hanstein, Siiri-Mai Karli t. — Tallinna Linna Kiirabihaigla stomatoloogilise kirurgia osakonna juhataja

Kirss, Jaan Villibaldi p. — Kingissepa Rajooni Keskhaigla osakonnajuhataja

Kull, Karl Johanni p. — TRÜ arstiteaduskonna radioloogia ja onkoloogia kateedri dotsent, Tartu Linna Onkoloogiadispenseri osakonnajuhataja

Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi sama seadlusega anti Eesti NSV teeneline tervishoiutöötaja aunimetus järgmistele tervishoiutöötajatele:

Hansberg, Marianne Korneliuse t. — Tallinna Pelgulinna Haigla vanemõde

Ivanova, Jevgenia Jakovi t. — Narva Linna Keskhaigla vanemämmaemand

Jankovski, Valentin Aleksandri p. — Pärnu sanatooriumi «Sõprus» torulukksepp

Mäeots, Malle Rudolfi t. — Rapla rajooni Kaiu velskri- ja ämmaemandapunkti juhataja

Toffer, Evi Johannese t. — Haapsalu rajooni Linnamäe velskri- ja ämmaemandapunkti juhataja

Kauaaegse eduka töö eest tervishoiusüsteemis autasustas NSV Liidu Tervishoiuministeerium rinnamärgiga «Tervishoiu eesrindlane» järgmisi Eesti tervishoiutöötajaid:

Allikvee, Ralf Arne p. — Tartu Linna Onkoloogiadispenseri paarst

Aspert, Monika Oskari t. — Vabariikliku Verejaama vanemõde

Brigader, Ene-Mall Eduardi t. — Harju Rajooni Keskpolikliiniku peaarsti asetäitja

Eenmaa, Linda Jaani t. — Paide rajooni Järva-Jaani ambulatooriumi õde

Hanstein, Siiri-Mai Karli t. — Tallinna Linna Kiirabihaigla osakonnajuhataja

Hunt, Helvi-Maire Augusti t. — Tarvastu Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla vanemõde

Järv, Tiina Voldemari t. — Tallinna 9. apteegi juhataja asetäitja

Järskelainen, Niina Mihhaili t. — Tartu Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla õde

Kaasik, Viiv Valentini t. — Tallinna Väike-Õismäe Polikliiniku peaarsti asetäitja

Kasper, Angelina Ivani t. — Tallinna Pelgulinna Haigla arst

Kivimaa, Klavdia Ivani t. — Tallinna Nõmme Haigla osakonnajuhataja

Koppa, Malle Arnoldi t. — Jõgeva rajooni Vaimastvere ambulatooriumi juhataja

Kukk, Esta-Maret Rudolfi t. — Tartu Kliinilise Haigla vanemõde

Laaniste, Toivo Taneli p. — Kohtla-Järve 2. Linnahaigla osakonnajuhataja

Laur, Ene Aleksandri t. — Tallinna Kliinilise Lastehaigla osakonnajuhataja

Lavrentsov, Sergei Edgari p. — Vabariikliku Tuberkuloosidispenseri osakonnajuhataja

Liivamägi, Malle Eduardi t. — Tallinna Lasnamäe Polikliiniku arstipunkti juhataja

Luik, Milvi Karli t. — Kose Vabariikliku Tuberkuloosisanatooriumi laborant

Makarova, Alvina Vassili t. — Narva Linna Keskhaigla Polikliiniku juhataja

Mihheikina, Tamara Fjodori t. — Narva Linna Keskhaigla stomatoloogiapolikliiniku hambaarst

Mikk, Lehte Villemi t. — Hiiumaa Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama osakonnajuhataja

Millner, Tiiu Friedrichi t. — Tallinna Stomatoloogiapolikliiniku osakonnajuhataja

Mordvinova, Heli Igori t. — Kohtla-Järve Linna Lastehaigla peapediaater

Nazarova, Tatjana Ivani t. — Tallinna Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama arst

Nihvelt, Kaja Osvaldi t. — Viljandi rajooni Vastsemõisa velskri- ja ämmaemandapunkti juhataja

Nikiforova, Olga Viktori t. — Tallinna Linna Desinfektsioonijaama paarst

Orr, Ilmi-Maire Karli t. — Rapla rajooni Järvakandi Haigla paarst

Papp, Asta Gustavi t. — Haapsalu Haigla õde

Pehk, Mare Jaani t. — Eesti NSV Tervishoiu-ministeeriumi Apteekide Peavalitsuse Tartu Rajoonidevahelise Kontori pearaamatupidaja

Pottsepp, Enn-Jaagup Johannese p. — Tartu Linna Tuberkuloosidispaneri peaarsti asetäitja

Päit, Maimu Mihkli t. — Pärnu Linna Haigla öde

Pärnpuu, Heli Evald-Johannese t. — Haapsalu Rajooni Keskhaigla peaarsti asetäitja

Riikjärv, Mall-Ann Feliksi t. — Eesti NSV Tervishoiu-ministeeriumi peapediaater

Rätsep, Leili Aleksandri t. — Põlva Rajooni Keskhaigla jaoskonnaterapeut

Sergo, Margit Samueli t. — Tallinna Vabariikliku Haigla peaarsti asetäitja

Sillam, Arvi Tõnu p. — Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi vanemteadur

Sirotkina, Sirje Samuel-Peetri t. — Rakvere Rajooni Keskhaigla Lastepolikliiniku juhataja

Soonets, Aili Aleksandri t. — Võru Rajooni Keskhaigla röntgenikabineti juhataja

Soha, Liivi Helmuti t. — Vabariikliku Laevanduse Keskhaigla Polikliniku juhataja

Šanina, Marina Mihhaili t. — Tallinna Vabariikliku Onkoloogiadispaneri osakonnajuhataja

Žutsenko, Igor Kuzmini p. — Tallinna Kliinilise Lastehaigla arst

Tiidor, Viivi Osvaldi t. — Tartu rajooni Rõngu Jaoskonnahaigla osakonnajuhataja

Tingas, Merike Arthuri t. — Hiiumaa Rajooni Keskhaigla arst

Tuisk, Peet Hansu p. — Kingissepa Rajooni Keskhaigla peaarsti asetäitja

Tuusov, Vladimir Ignati p. — Valga Rajooni Keskhaigla peaarsti asetäitja

Uritam, Mare Leonidi t. — Tallinna I Lastehaigla arst

Valfiš, Tiivi Jaani t. — Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla psühholoog

Vahesalu, Eva Karli t. — Riikliku Teadusliku Meditsiininiraamatukogu osakonnajuhataja

Veiken, Ann Aimuri t. — Jämejala Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla osakonnajuhataja

Kauaaegse hoolsa ja kohusetruu töö ning ühiskondlikust elust aktiivse osavõtu eest said Eesti NSV Tervishoiu-ministeeriumi ja Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee aukirja 27 ning Eesti NSV Tervishoiu-ministeeriumi aukirja 49 töötajat. Eesti NSV tervishoiu-minister avaldas oma käskkirjas kiitust 88 tervishoiutöötajale.

Vabariiklikus Tervise Rahvaülikoolide Nõukogus vaeti Jõgeva rajooni terviseülikooli 1986/1987. õppeaasta tööd Jõgeva Rajooni Keskhaigla peaarsti asetäitja E. Kiisi ja Vabariikliku Tervise Rahvaülikoolide Nõukogu liikme J. Enneti ettekandest selgus, et Jõgeval on selles töös tehtud märkimisväärseid edusamme. Terviseülikooli tuli sel õppeaastal juurde 92 inimest, nüüd on kuula-jaid 516. See moodustab rajooni elanikest 1,3% (eelmisel õppeaastal 1,0%). Meie vabariigi terviseülikoolide seas tõusis Jõgeva 19. kohalt jagama 8... 10 kohta Haapsalu ja Harju rajooniga.

Peaaegu pooled terviseülikooli kuulajad lõpetasid selle aasta kevadel õpikursuse, ülejäänud jätkavad sügisel õpinguid kaheaastase programmi järgi. Suurenenud on loengute arv, paranenud on õppuste kvaliteet. Kasutusele on võetud uusi töövorme. Aktiivsemad korraldajad ja lektorid on olnud L. Loik, E. Malva, M. Ruussaar, E. Täht ja K. Paju.

Vabariiklik Tervise Rahvaülikoolide Nõukogu hindas Jõgeva rajoonis tehtud töö rahuldavaks. Märgiti ka mõningaid puudusi. Tõhustamist vajab terviseülikoolide rajooninõukogu töö kohtadel. Vähe on tööse haaratud koolinoori ja maaelanikke. Tõhustada tuleb ka alkoholi-, narkomaania- ja toksikomaaniavastast propagandat. Eeloleval õppeaastal on vaja kõigis õpperühmades käsitleda ka AIDS-i profülaktikat.

Maano Kivilo

19... 21. juunini 1987 viibisid Saaremaal Moskva juhtivad lastekirurgid eesotsas akadeemik M. Volkoviga. Tutvuti Kingissepa Rajooni Keskhaigla kirurgia- ja lasteosakonna ning sanatooriumi «Kuressaare» tööga. Külalised võtsid osa meditsiinitöötajate päeva tähistavatest üritustest, kus nad rääkisid lastekirurgia päevaprobleemidest, aga ka Saaremaa muljetest. Eriti meeldis neile Kingissepa Rajooni Keskhaigla juurdeehitis. Saaremaal saatsid külalisi Eesti NSV Tervishoiu-ministeeriumi peaspetsialist lastekirurgia alal M. Mägi ja Tartu Kliinilise Haigla lastekirurgiaosakonna juhataja E. Värimäe.

Helga Kivi

Selle aasta mais kolisid uude, äsja remonditud hoonesse Harju Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama töötajad.

Varem olid töötajad äärmiselt kitsad. Kahes hoones oli kasutada ainult 120 m² põrandapinda.

Korduvalt oli abi saamiseks pöördutud Tallinna Linna Täitevkomitee poole. 1985. aastal eraldati Harju Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaamale Tallinnas Lennuki tänav 23 asuva kahekorruselise puumaja esimene korrus. Sama aasta sügisel alustati hoone esimese korruse kapitalremonti ning juba 1986. aasta märtsis hakkasid seal tööle sanitaar-hügieeniosakond ja epidemioloogiaosakond. 1986. aasta detsembris sai Harju Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaam endale ka hoone teise korruse. 1987. aasta mais avati seal bakterioloogialaboratoorium.

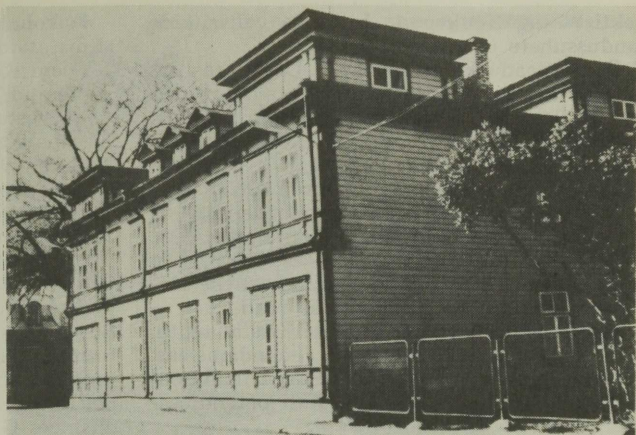


Foto 1. Sissepääs. Foto 2. Harju Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama uus hoone.

Remonditööde peaettevõtjaks oli Mõigu KEK, allettevõtjateks EKE Ehitus- ja Montaaživalitsus, ETKVL-i Ehitusvalitsus, S. M. Kirovi nim. Näidiskalurikolhoos ja Harju KEK. Jõukohaselt aitasid ka mitmed Harju rajooni majandid. Ehitustööde ladus korraldamine võimaldas kahes järgus toimunud ja 100 000 rubla maksma läinud kapitaalremondi lõpetada kümne kuuga. Hoone sisekujundus oli tellitud kunstnikult. Remonditud ruumid on nägusad ja hubased. Hoones on 450 m² põrandapinda. See võimaldas töötingimusi oluliselt parandada.

Bakterioloogilaboratooriumis on eraldi ruumid söömete valmistamiseks, steriliseerimiseks, sanitaar-bakterioloogilisteks ja parasitoloogilisteks uuringuteks, samuti piisknakkuse ja soole mikrofloora uuringute tarvis. Uuringud ja ettevalmistustööd tehakse boksides. Töötajate jaoks on riietus- ja puhkeruum. Laboratooriumis on uus sisustus, osa sellest on Bulgaaria RV-st.

Kuuri asemele on ehitatud majandushoone. Jätkuvad heakorras- ja haljastustööd. Korras- tamist ootab veel hooviपालne maja. Sellesse on plaanitud ehitada saal, mis on ühtlasi õppeklass, ja puhkeruumid.

Tehtu on tõenduseks selle kohta, et hoolitsus töötajate ja nende töötingimuste parandamise eest kandub üle igapäevasesse tõesse. Töötingimused mõjutavad töökultuuri ja aitavad kujundada kollektiivis head mikrokliimat.

Rein Rannamäe

Meie vabariigi elanike tervise tugevdamise, haiguste profülaktika ja hügieenialase kasvatuse 1986... 1990. aasta põhiülesannete ametkondade vahelise kompleksplaani täitmine Eesti NSV Riikliku Kinokomitee ja Ametiühingute Kuurortide Valitsemise Eesti Vabariikliku Nõukogu süsteemis oli arutusel Vabariikliku Sanitaarhariduse Nõukogu istungil.

Kinofikatsioonivalitsuse vaneminspektori M. Tuusi ettekandest selgus, et 1986. aastal suurenes sanitaarhariduslike, sealhulgas eriti alkoholisvas-

taste filmide seansside ning neid vaadanud inimeste arv. Kui 1985. aastal oli 8191 alkoholi- vastaste filmide seanssi 766 097 vaatajale, siis 1986. aastal olid vastavad arvud 12 635 ja 1 097 167. Rohkem on näidatud tervishoiufilme vanemate klasside õpilastele ka koolikinodes.

Vabariikliku Sanitaarharidusmaja arst M. Aasa juhtis tähelepanu sellele, et nende suurte arvude taga on siiski üsna tagasihoidlik sisu. Nii oli 1986. aastal ühe inimese kohta ainult 0,76 alkoholi- vastaste filmide seanssi, kõigi tervishoiufilmide seansse 1,21. Tervishoiupropagandat on vaja kino kaudu tõhustada, selleks on piisavalt reserve. Esmaülesandeks seati seansside arvu suurenda- mine vähemalt kaheni inimese kohta aastas.

Ametiühingute Kuurortide Valitsemise Eesti Vabariikliku Nõukogu süsteemis tehtud sanitaar- haridustööst rääkisid I. Galanin ja J. Ennet. On rakendatud uusi töövorme. Tervisepropaganda jõuab iga puhkajani. On korraldatud mängulisi kehakultuuriüritusi ja tervisliku eluviisi lek- tooriume. Puudusi on näitagitatsioon. Ka peak- sid tervishoiutöötajad tegema rohkem kaastööd kohalikele ajalehtedele.

Maano Kivilo

24. aprillil 1987 toimus Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudis tervishoiutöötajate leiundusalane nõupidamine.

Nõupidamise avas Eesti NSV tervishoiuministri esimene asetäitja O. Tamm. Ta märkis oma sõna- võtus, et 1986. aastal saadi kaks autoritunnistust ja võeti kasutusele 121 ratsionaliseerimiset- panekut. Need näitajad võiksid paremad olla. Ta rõhutas, et meie teadusasutused peaksid hooli- kalt kaaluma, kas uurimistööd on uused, kas on reserve leiutiste arvu suurendamiseks, kas tead- laste töö tulemused on meditsiinipraktikas kasu- tusele võetud.

Eesti NSV Teaduste Akadeemia Spetsiaalse Konstrukteerimisbüroo patendiosakonna juhataja H. Krupp andis oma ettekandes «Uusi suundi leiunduses» ülevaate leiundusalase töö kohta. Ta rääkis ka kavandatavast leiundusseaduse

projektist ning Nõukogude Liidu ja välisriikide majandussuhete uutest vormidest.

TRÜ arstiteaduskonna prof. E. Laane käsitles planeeritavate diagnostiliste uuringute osa meditsiinis. Ta leidis, et neist saadav informatsioon on vaja täielikumalt ära kasutada. Rohkem tuleks rakendada ka arvutustehnikat.

Allakirjutanu tutvustas uut premeerimiskorda, mis näeb ette preemia määramist leiutus- ja ratsionaliseerimistegevusele kaasaaitamise eest. Vastavalt meie vabariigi valitsuse korraldusele on Eesti NSV Tervishoiuministeeriumis selleks loodud tsentraliseeritud premeerimise fond.

Arutlusel oli veel kahel viimasel aastal tehtu. Esitati ettepanekuid leiunduse edendamiseks. Vajaduse korral abistab autoreid Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi patendiosakond.

Lembit Mitt

Eesti Meditsiiniõdede Seltsi XIX puhkelaager oli 6...8. juunini 1987 Võrtsjärve ääres Trepimäel. Selle korraldasid Tartu linna ja rajooni meditsiinitöötajad. Osavõtjaid oli 1354, neist noorim oli kolme ja poole kuine ning vanim 80-aastane. On rõõmuväärne, et ka arstid puhkelaagrist osa võtsid. Neid oli kohal 79, kellest suur osa lõi kaasa spordis ja taidluses. Telke oli 364.

Korraldajad olid olnud väga tublid. Kõik sujus hästi ja minutise täpsusega. Toitlustamine oli hea, avatud oli isegi kohvik. Laagriaradio pakkus kuulajaile peale tavateabe ja muusika ka lühikesi populaarteaduslikke vestlusi, mis huvi äratasid.

Esikohale tuli spordis Taagepera Haigla, viktooriini, taidluses ja välklehe koostamises Rapla Rajooni Keskhaigla. Parima laagripaiga olid kundanud Tallinna Väike-Õismäe polikliiniku õed. Üldarvestuses osutus parimaks Rapla Rajooni Keskhaigla, järgnesid Pärnu Linna Haigla ning Tallinna Väike-Õismäe Polikliinik.

Õdesid olid tervitama tulnud EKP Tartu Rajoonikomitee esimene sekretär P. Tarre, Tartu Linna RSN Täitevkomitee aseesimees V. Kull, Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi Ravi- ja Profülaktilise Abi Valitsuse juhataja V. Jänes ja V. I. Lenini nimelise Näidissovhoosi juhtivtöötaja Ü. Läänemets. Suure tööga laagri korraldamisel olid hästi toime tulnud nii korraldavad meditsiiniõded kui ka nende innukad abilised, eelkõige Tartu Kliinilise Haigla paarast L. Karu, laagriülem T. Savi ja majandusmees G. Oolo.

Järgmisel suvel saadakse kokku Rapla rajoonis.

Maie Gustavson

1987. aasta 1. jaanuari seisuga oli Riikliku Teadusliku Meditsiiniaraamatukogu fondides 347845 raamatut ja ajakirja. Aasta jooksul saadi juurde 11008 eksemplari kirjandust, sellest 73,2% (8059 eksemplari) oli kodumaine ja 26,8% (2949 eksemplari) välismaine kirjandus.

Riiklikul Teaduslikul Meditsiiniaraamatukogul oli 1986. aastal 3088, haruraamatukogudega kokku 9263 lugejat. Aasta jooksul käidi keskraamatukogus ja haruraamatukogudes 51104 korral. Laenutati 242224 eksemplari kirjandust,



Fotol Meditsiiniõdede Seltsi puhkelaagrist osavõtjad Trepimäel. V. Kutsari foto.

sealhulgas väljaspool Tallinna elavatele meedikutele 62489 eksemplari.

Kollektiivabonementi kasutas 21 tervishoiuasutust, selle kaudu laenutati 6524 eksemplari kirjandust. Üleliidulistest raamatukogudest telliti 1999 ajakirja ja raamatut, teistele NSV Liidu raamatukogudele saadeti 1138 eksemplari erialakirjandust. Valikteadistust anti 36 teemal.

Aasta jooksul korraldati 123 kirjandusnäitust, 5 info- ja 12 spetsialistipäeva. Ilmus 4 uudiskirjanduse nimestikku. Koostati 11 kirjandusnimestikku, milles on teavet 1096 ajakirja ja raamatu kohta. Kirjastusele anti üle «Eesti NSV meditsiinikirjandus 1976—1980» käsikiri.

Riikliku Teadusliku Meditsiiniraamatukogu juhendada on 15 raviasutuse ja instituudi meditsiiniraamatukogu. Lugejaid on neis kokku 14801, laenutusi 355294.

1966. aastal avati uued raamatukogud Viljandi ja Kingissepa rajooni keskhaiglas, Tallinna Vabariikliku Haigla raamatukogu sai uued ruumid ning Tartu Vabariiklikus Kliinilises Psühhoneuroloogiahaiglas asutati Riikliku Teadusliku Meditsiiniraamatukogu filiaal.

Milvi Tedremaa

Eesti NSV teadlaste publikatsioone välismaal

Elstein, N. The effects of general peculiarities of current gastroenterological patient on the treatment results. — In: Abstract Book World Congresses Gastroenterology. 8th Congress (Digestive Disease and Sciences, Vol. 31, No 10). Sao Paulo, Brazil, September 7—12 1986. Sao Paulo, 1986, p. 476.

Kaik, J., Mahhotina, V., Rabinovitch, B., Laane, P. Programmed venticular stimulation in patients with various forms of angina pectoris. — In: X World Congress of Cardiology. Washington D. C., Sept., 14—19 1986. Abstract Book. Washington D. C., 1986, p. 404.

Nõukogude Eesti Tervishoid

[ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ]

Медицинский журнал Министерства здравоохранения Эстонской ССР

№ 5, сентябрь, октябрь 1987 г.

Я. Э. Эха — 10 лет применения чрескожной транслюминальной коронарной ангиопластики (ЧТКА) при лечении ишемической болезни сердца

Обзорная статья посвящена десятилетию внедрения ЧТКА в клиническую практику. Автор знакомит с достигнутыми результатами и основными проблемами ЧТКА по материалам как отечественных, так и зарубежных клиник.

А. А. Цингиссер — Проблемы диспансеризации подростков

Подчеркивается определяющая роль надлежющего диспансерного обслуживания подростков в оздоровлении всего населения. Среди особенностей и проблем этого обслуживания можно назвать: 1) неправильную регламентацию возрастных рамок контингента, которая затрудняет раннее выявление патологии, возникающей в период пубертатного спурта (приводится современное деление подросткового возраста на период пубертатного спурта — 12...16 лет — и компенсаторный период — 17...21 год); 2) высокий уровень и неблагоприятную динамику этой патологии; 3) особенности клинической картины, течения и прогноза заболеваний у подростков. Представлен анализ данных по уровню, структуре и динамике патологии, выявленной при первых комплексных диспансерных осмотрах за 10 лет, а также удельный вес подростков, ежегодно снимаемых с диспансерного учета в связи с выздоровлением.

С. Р. Рятсеп, А. А. Липпинг, Е. А. Таутс —
**Раковоэмбриональный антиген при раке
молочной железы**

Изучены 63 случая первичного рака молочной железы (РМЖ) на выявление раковоэмбрионального антигена (РЭА) в опухоли и в метастазах регионарных лимфатических узлов иммуногистологическим методом при помощи моноклональных антител к РЭА. Данные окрашивания срезов ткани сопоставлялись с уровнем РЭА в сыворотке крови, который определялся радиоиммунологически. Было установлено, что при I стадии РМЖ окрашивание ткани на РЭА (37,5%) и повышение уровня РЭА сыворотки крови (19%) отмечались реже, чем при II и III стадиях РМЖ (соответственно 60 и 58% в опухоли и 49 и 42% в крови). Статистически достоверных различий между показателями РЭА в ткани и крови не было выявлено. Результаты показали, что большинство метастазов в лимфатических узлах окрашиваются положительно на РЭА.

А. Э. Умблея, Ю. М. Канн — **Исследование
образования Н-нитрозосоединений на модели
желудка**

Исследовано влияние пищевых рационов на образование Н-нитрозодиметиламина (НДМА) и Н-нитрозопролина (НПРО) в системе, моделирующей пищеварение с искусственным желудочным соком (рН=2,0) при температуре 37°C в присутствии предшественников нитрозаминов и выбранного пищевого рациона при продолжительности опыта в 4 часа. Исследовали также влияние пищевого рациона после продолжительного хранения и повторного замораживания — оттаивания на нитрозирование.

Анализы НДМА и НПРО проводили по методикам, разработанным в Таллинском политехническом институте, и так называемой методике Айзенбрант — Прейссманна. При всех пищевых рационах образование НПРО ингибировалось (также при длительном замораживании пищи). Образование НДМА зависело от состава рациона и времени его хранения. При длительном хранении повторное замораживание и оттаивание пищи активизировали образование НДМА.

Э. Й. Кару — **Еще раз о влиянии глюкозы на
кинетику алкоголя. О статье, опубликованной
в журнале *Blutalkohol*, 1987, 24, 1, 23 ...**
36

В. Шмидт, М. Эхмихен и И. Педал пришли к заключению, что дозы глюкозы, введенной *per os*, в достоверной степени ускоряют распад алкоголя по сравнению с контрольной группой и с теми, кому глюкозу вводили парентерально.

Проведенный нами анализ показал, что большие и малые дозы глюкозы, введенные парентерально и *per os*, не обуславливают достоверного изменения коэффициента $\beta/P > 0,05/$ по срав-

нению с контрольными опытами. Сопоставление результатов экспериментов по введению глюкозы свидетельствует о том, что малые дозы глюкозы, введенные парентерально, достоверно замедляют распад алкоголя ($p < 0,05$).

Х. А. Кристовальд — **Изучение действия
1% мази сульфазина серебра на ожоговые
раны в условиях эксперимента**

В статье рассматриваются вопросы, связанные с изучением действия новой отечественной 1% мази сульфазина серебра в условиях эксперимента у 9 обожженных кроликов, леченных названной мазью, и у 5 обожженных кроликов, леченных мазью дермазина.

Полученные данные свидетельствуют о том, что средние концентрации свободного и общего сульфазина в крови обожженных кроликов при однократном применении мази составляют через 24 ч соответственно 1,982 мг/мл и 3,733 мг/мл, что является показателем постоянной длительной диффузии лекарственного препарата в рану.

Трехкратное применение препарата не приводило к его накоплению в крови обожженных кроликов и не превышало разрешенной терапевтической дозы сульфазина в крови.

Как свидетельствуют полученные результаты, 1% мазь сульфазина серебра может быть использована для изучения в клинической практике при лечении ожоговых ран.

Х.-И. Г. Маароос — ***Campylobacter pyloridis*
при язвенной болезни и хроническом гастрите**

Статья содержит обзор литературы, посвященной исследованию *Campylobacter pyloridis* при заболеваниях желудка.

В 1982 году Б. Й. Маршалл и Й. Р. Уоррен изолировали из слизистой оболочки желудка новый уреазоположительный микроб, который назвали *Campylobacter pyloridis*. В слизистой оболочке желудка данный микроб был обнаружен при язве двенадцатиперстной кишки в 75...100%, при язве желудка в 35...90% и при хроническом гастрите в 70...92% случаев. Роль бактерии в патогенезе этих заболеваний до сих пор не установлена.

Л. Я. Бостон — **Дуоденогастральный рефлюкс
при заболеваниях желудка и двенадцати-
перстной кишки у детей**

В статье рассматриваются частота, клиническая картина, диагностика и лечение дуоденогастрального рефлюкса. Дуоденогастральный рефлюкс не является самостоятельным заболеванием, а часто сопутствует гастроудоденальной патологии. Наиболее часто он встречается при язвенной болезни желудка и при хроническом гастрите и гастродуодените. В диагностике дуоденогастрального рефлюкса у детей необходимо обращать внимание на клинико-

анамнестические данные и применять эндоскопический метод исследования. При лечении гастродуоденальной патологии в сочетании с дуоденогастральным рефлюксом в терапевтическом комплексе применяются бедная от жиров диета, желчегонные препараты, средства, ликвидирующие дискинетические расстройства двенадцатиперстной кишки, препараты, способствующие восстановлению защитных свойств слизистой оболочки желудка, и десенсибилизирующие средства.

Л. Т. Пяй — Иерсиниозный артрит

Иерсиниозный артрит рассматривается в качестве одной из разновидностей реактивных артритов. Приводятся общие сведения об иерсиниозе, его формах, диагностике и частоте, с которой артриты выступают в качестве осложнения. Разбираются клиника и лечение иерсиниозного артрита. Обращается внимание на то, что в ЭССР он диагностируется реже реальной встречаемости.

К. К. Сакс — Контрактивная функция миокарда и резервные возможности у здоровых людей и у больных ишемической болезнью сердца

В статье дается краткий обзор литературы, посвященной регуляции и резервным возможностям контрактивной функции миокарда у здоровых людей и у больных ишемической болезнью сердца. Рассматриваются три группы факторов, регулирующих контрактивную функцию миокарда: предварительная нагрузка, контрактильность и последующая нагрузка. Для характеристики резервных возможностей контрактивной функции миокарда рекомендуют оценивать динамику ударного объема сердца одновременно с динамикой минутного объема в условиях нагрузочного теста. Автор считает необходимым определять у больных ишемической болезнью сердца, помимо степени повреждения венечных артерий, также резервные возможности контрактивной функции миокарда.

М. М. Ускула — Вопросы капилляризации рубцовой ткани при инфаркте миокарда

В статье рассматривается вопрос стимуляции роста капиллярных сосудов при рубцевании очага некроза в миокарде. В этом процессе определенную роль могут играть такие ангиогенетические факторы, как гипоксия миокарда, различные медиаторы, освобождающиеся при аутолизе некротических тканей миокарда. Рост капилляров стимулируют также увеличение коронарной перфузии и расширение терминальной части коронарных сосудов; поэтому важное значение в лечении инфаркта имеют оптимальная физическая реабилитация и применение коронародилататоров. Васкуляризация сердечной мышцы и полноценность грануляционной ткани существенно влияют на прогноз заболевания.

А. Э. Кассь, Т. О. Канарик, А. А. Талихьярм — Постоянное эпиплевральное обезбоживание при грудных травмах

Начиная с декабря 1985 г. в отделении торакальной хирургии Таллинской больницы скорой помощи внедрен новый метод обезбоживания при грудных травмах и в послеоперационном периоде. До настоящего времени постоянное эпиплевральное обезбоживание было успешно применено у 28 больных.

К. А. Левина — Люминесцентная микроскопия — эффективный метод выявления микробактерий туберкулеза

Люминесцентная микроскопия является более эффективным методом, чем бактериоскопия препаратов, окрашенных по методу Циль—Нильсена. Преимущество этого метода состоит в том, что он позволяет выявить микробактерии туберкулеза даже в тех случаях, когда сохранивший биологическую активность возбудитель под влиянием специфической химиотерапии теряет способность расти на плотных питательных средах и воспринимать окраску по Циль—Нильсену. Выявляться такие микробактерии могут только методом люминесцентной микроскопии.

Применение люминесцентной микроскопии может способствовать также более раннему выявлению бактериовыделения и более правильному решению вопроса абацеллирования больных.

Н. А. Лоогна, Т. О. Татар, Л. С. Родман — О вредном действии синтетических моющих средств на здоровье

В последние годы отмечается рост производства синтетических моющих средств. Наиболее широкое распространение получили синтетические моющие средства, основанные на алкилсульфате и сульфаноле. Представлены результаты обследования с помощью накожных и фотозпидермальных тестов с алкилсульфатом и сульфанолом 95 рабочих цеха синтетических моющих средств СХЗ «Кивиыли». В 5,3 ± 2,3% случаев выявлены профессиональные заболевания. У двоих рабочих диагностирован токсико-аллергический бронхит и у троих — аллергический дерматит. Все случаи профессиональных заболеваний были обусловлены воздействием алкилсульфата и сульфанола. Скрытая сенсibilизация выявлена у 29,5 ± 4,7% обследованных рабочих. Фотодерматиты не обнаружены, но в ряде случаев отмечена фотосенсibilизация. Установлено, что синтетические моющие средства, содержащие алкилсульфат и сульфанола, обладают сенсibilизирующим и слабыми фотосенсibilизирующими свойствами.

Э. А. Аннус — Заседание правления Эстонского общества медицинских сестер

Э. В. Саар — XXXIII конференция Эстонского общества санитарных работников

Л. А. Кирш, Б. Р. Луйк — Сто лет со дня рождения профессора Николая Вейдерпасса

Конференция и совещания

Подготовка кадров

Критика и библиография

Интервью

Юбилейные даты

Х. Г. Талвоя — О возможностях, интересах и пожеланиях относительно чтения специальной литературы медиками

Наш медик не испытывает особого интереса к специальной литературе. Об этом говорилось и писалось не раз. Виной тому служат многие причины, в том числе и социальные. Приводятся мнения самих медиков о том, что же мешает им регулярно следить за специальной литературой. Как известно, практическому врачу при лечении больных часто необходимо срочно получить ту или иную информацию. К сожалению, наши медики не имеют доступа через автоматизированные системы к авторитетным банкам данных для срочного приобретения информации. С другой стороны, они не используют в достаточной мере и имеющихся в нашем распоряжении возможностей, часто даже не подозревая о существовании определенных информационных изданий или же не представляя, как ими пользоваться. Приводятся данные о самых авторитетных на сегодняшний день банках данных по медицине и пограничным областям, а также о тех из них, которые имеются в Научной библиотеке АН ЭССР и в Государственной научной медицинской библиотеке. Отмечается, что во многом доступ к информации затруднен недостаточным владением иностранными языками. Приведены данные о посещаемости врачами выставок специальной литературы, которые были организованы в 1987 г. Государственной научной медицинской библиотекой на местах, в учреждениях здравоохранения, согласно их предварительным заказам.

Некрологи

Новые лекарственные препараты

Хроника

Nõukogude Eesti Tervishoid

[SOVIET ESTONIAN HEALTH]

**Medical Journal of the
Ministry of Health of the
Estonian SSR**

№ 5 September, October 1987

J. Eha — 10 years from the introduction of transluminous coronary angioplasty into the treatment of ischemic heart disease

This review deals with experience in the use of coronary angioplasty, on the basis of Soviet and foreign literature.

A. Tsingisser — Problems of adolescent care

This article deals with regular and frequent medical check-ups given to young people. The author points out that the age range of the youth subjected to regular long-term follow-up (dispensarization) seems to be given inadequate publicity. The author also deals with deviations of psychosexual development in adolescence and divides puberty into two following periods: pubertal «spurt» (between 12 and 16 years) and compensation (between 17 and 21 years of age). The article presents an analysis of ailments revealed, treated and cured at the Tallinn Adolescent Polyclinic over a period of the last 10 years.

S. Rätsep, A. Lipping, E. Tauts — Carcinoembryonic antigen (CEA) in breast cancer

An immunohistological study was carried out to examine the content of CEA in 63 invasive breast carcinomas (I, II, III stages). The results were compared with the values of CEA in the serum of the same patients. There was no correlation between the tissue and serum values of CEA. Most of lymph node metastases retained the CEA content at the level found in primary tumours.

A. Umbleja, J. Kann — A study of the formation of N-nitroso-compounds on a gastric model

The influence of food allowance composition on the nitrosation of dimethylamine and proline was studied under simulated gastric conditions (pH=2.0. incubated at 37 °C for 4 hours in artificial gastric juice). Tests for N-nitroso-dimethylamine and N-nitroproline levels were carried out by using a technique worked out at the Tallinn Technical University and by Eisenbrand-Preussmann's method.

It was found that the formation of N-nitroproline was inhibited in all food samples studied, even after a long-term storage in a freezer. The formation of N-nitroso-dimethylamine was influenced by the composition of the food allowance, whereas after a long-term storage and after a repeated freezing and thawing the food activated the nitrosation more than 200%.

E. Karu — Once more on the effect of glucose on alcohol kinetics. Critical notes on an article published in the journal «Blutalkohol» 1987, v. 24, No. 1, pages 23—36

According to V. Schmidt, M. Oehmichen and I. Pedal, oral glucose administration after alcohol intake significantly speeded up the breakdown of blood ethanol, compared with those subjects who had drunk alcohol and received glucose parenterally afterwards. The author of this article points out that the results of his studies have shown that oral administration of glucose does not bring about any significant change in the beta-coefficient ($P>0.05$) compared with control studies. Comparative experimental data on glucose administration to intoxicated subjects suggest that small parenteral doses of glucose slow down the breakdown of alcohol ($P<0.05$) in the body.

H. Kristovald — Absorption of silver sulphazine cream through burned skin in animals

Silver sulphadiazine cream has been widely used after burns as an effective topical agent against superinfection. Animal experiments were carried out to clarify the mode of its absorption and safety. The sulphazine applied to the skin was quickly excreted into the urine and a portion of sulphazine remained at a certain level in the blood. The author of the study gives some useful hints on the indications of the new sulfargin cream. The cream seems to be suitable for treating dermal burns.

H.-J. Maaros — *Campylobacter pyloridis*, gastritis and peptic ulcer

Campylobacter pyloridis is a spiral bacterium which was observed by hisopathologists in 1982, before it was cultured by B. J. Marshall and J. R. Warren. *C. pyloridis* possesses a powerful enzyme — urease. The histological examination of gastric biopsy specimens has shown that *C.*

pyloridis is closely associated with chronic B type gastritis and peptic ulcer disease. Many problems concerning the role of *C. pyloridis* in the pathogenesis of human disease will remain unresolved.

L. Boston — Duodenogastric reflux in gastro-duodenal diseases in children

This article deals with the incidence, clinical features, diagnosis and treatment of duodenogastric reflux. Duodenogastric reflux is not an independent disease, but it occurs in association with gastroduodenal pathology. More frequently it may develop in cases of gastric ulcers, chronic gastritis and gastroduodenitis. The diagnosis should be confirmed both by a thorough history-taking and endoscopy. If a gastroduodenal disease is accompanied by duodenogastric reflux, a fat-free diet is indicated. The treatment consists in removing duodenal dyskinesia, restoring the protective function of the gastric mucosa and desensitizing the body.

L. Päi — *Yersinia arthritis*

Yersinia arthritis is regarded as one of the variants of so-called reactive arthritis. The author presents the clinical features, diagnosis and the incidence rate of *Yersiniosis* and *Yersinia arthritis* as a complication of this infectious disease. The treatment is also described. The author points out that the real incidence in the Estonian SSR is much higher than the discovery of this kind of arthritis.

K. Saks — Cardiac muscle contraction and cardiac reserve in healthy persons and in patients suffering from ischaemic heart disease (IHD)

A brief review of the literature dealing with the regulation of cardiac muscle contraction and cardiac reserve in healthy persons and in patients suffering from IHD is presented in this article. The factors which regulate cardiac muscle contraction are divided into the following groups: preliminary load, contractility and after-load groups. The author points out that changes in stroke volume and cardiac output should be taken into consideration in assessing cardiac reserve. The author considers it necessary to establish the degree of coronary lesions together with cardiac reserve in patients with IHD.

M. Uusküla — Stimulation of capillarization in cardiac scars after myocardial infarction (MI)

A review of the stimulation of the growth of capillaries into the scars due to myocardial necrosis after MI is presented in this article. The author points out that various angiogenic factors, such as myocardial hypoxia and media-

tors, which are released after the autolysis of necrotic tissue, stimulate the growth of capillaries into the damaged cardiac muscle. An optimum physical loading and coronary dilators also facilitate capillary neof ormation because they bring about an increased coronaroperfusion. The degree of vascularization and the quality of scarring largely influence the prognosis of MI.

A. Kass, T. Kanarik, A. Talihärm — **Permanent epipleural anaesthesia (PEA) in the treatment of chest injuries**

Since December 1985, a new permanent anaesthesia technique has been introduced into the treatment of chest injuries at the department of thoracic surgery of the Tallinn Emergency Hospital. The PEA is employed both during and after chest surgery. The PEA has been successfully used in 28 patients with chest injuries.

K. Levina — **Luminescent microscopy as an effective method of detection of the bacillus *Mycobacterium tuberculosis* (MT)**

Luminescent microscopy is a more effective method for the detection of MT than staining after Ziehl-Neelsen. The superiority of the luminescent method lies in the fact that it makes it possible to reveal the presence of the bacillus *Mycobacterium tuberculosis* even if it stains poorly by the Ziehl-Neelsen method and does not grow on solid media as a result of specific chemotherapy. Such mycobacteria can be detected only by luminescent microscopy.

It is concluded that luminescent microscopy makes it possible to reveal an early excretion of the bacillus and to decide on their absence.

N. Loogna, T. Tatar, L. Rodman — **Synthetic washing powders as a health hazard**

During the last few years, the production of synthetic washing powders has been expanded. The most widespread ingredients of washing powders are alkylsulphate and sulphanol. In this report the results of the examination by epicutaneous and photoepicutaneous testing of 95 workers in washing powder industry are presented.

As a result of the survey, occupational diseases were diagnosed in $5.3 \pm 2.3\%$ of subjects studied. 2 workers suffered from toxico-allergic bronchitis and 3 workers — from allergic dermatitis. Those diseases were due to exposure to alkylsulphate and sulphanol. A latent sensitization was found in $29.5 \pm 4.7\%$ of subjects. Light eruption was not observed among the workers studied, but there were a number of cases of latent photosensitivity.

It is concluded that washing agents containing alkylsulphate and sulphanol have general sensitizing and weak photosensitizing effects on the body.

L. Annus — **The meeting of the Managing Committee of the Estonian Nurses' Society**

L. Kirsch, B. Luik — **The centenary of Nikolai Veiderpass's birth**

Conferences and meetings

Training of personnel

Reviews and bibliography

Our heroes of the day

H. Talvoja — **Doctors facing up to problems with specialized literature**

The author points out that doctors are losing interest in specialized literature. This is due to a number of reasons: the lack of an adequate, high-speed information retrieval system connected with automated data banks both in our country and abroad, the facilities at doctors' disposal, are not used to the full, and many doctors are not fully aware of several information sources and do not know how to make use of the latter.

This article also includes details of the most representative automated medical data banks and of the literature available at the Scientific Library of the Academy of Sciences of the Estonian SSR and at the Tallinn State Scientific Medical Library. It is noted that foreign literature is poorly used due to doctors' insufficient knowledge of foreign languages. The author draws attention to the fact that doctors have taken an interest in specialized exhibitions of literature at various health institutions in Estonia.

Necrologies

New drugs

Chronicle

English text edited and translated by
E. Saarnok

MEDITSIINITÖÖTAJAD!

**Meditiiniraamatukogu soovib oma
lugejatel tutvuda väljaandega
«CURRENT CONTENTS. CLINICAL MEDICINE»
[varem «Current Contents. Clinical Practice»].**

**Täielikuma teabe saamiseks tuleks kasutada
ka teisi «Current Contents'i» seeria
väljaandeid «Life Sciences» ja «Social and
Behavioral Sciences»,
mis on saadaval Eesti NSV Teaduste
Akadeemia Teaduslikus Raamatukogus.**



KENACORT

Sünonüümid: *Polcortolon,*
Triamcinolon, Kenalog

Kenakort on põetiku-, allergia- ja reumavastane glükokortikosteroidi-preparaat. Täiskasvanutele määratakse esimesel ja teisel ravipäeval 24 mg, kolmandal 16 mg ning neljandal ja viiendal päeval 8 mg kenakorti pärast sööki. Profülaktikaks antakse ravimit 2...6 mg päevas.

Lastele määratakse annus sõltuvalt vanusest. Pakendis on 25 tabletti à 4 mg toimeainet.

Toodetakse Saksa DV-s.